



TRABAJO FINAL

ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Dra. Juana Josefina Arone
Cátedra de Medicina Interna "F"
Ciencias Médicas
U.N.L.P.

Directora: Prof. María Raquel Coscarelli

Agosto del 2010

ÍNDICE

1. Tema
2. Presentación
3. Introducción
4. Identificación del problema
5. Objetivos
 - General
 - Específicos
6. Estado del arte
 - Historia de la medicina interna
 - Antecedentes
7. Marco teórico
8. Aspectos metodológicos
9. Informe de investigación
10. Conclusiones
11. Bibliografía
12. Anexos

TEMA: LA ENSEÑANZA DE MEDICINA INTERNA EN LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA.

PRESENTACIÓN

La Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo constituyendo el tronco del cual derivan diversas subespecialidades.

La carrera de medicina de la U.N.L.P, a partir del plan del 2004 tiene una duración de seis años. Los alumnos a partir del tercer año de la carrera comienzan a cursar Medicina Interna, la cual se divide en Semiología, Medicina Interna I y II, que son dictadas de manera alternativa por las seis cátedras que se encuentran a cargo de la asignatura las que se denominan Medicina Interna A, B, C, D, E y F, desarrollando sus actividades prácticas en el ámbito hospitalario.

El propósito de esta investigación es caracterizar la propuesta de enseñanza de Medicina Interna de la Facultad de la UNLP, considerando que las seis cátedras que la dictan poseen un programa de estudios común.

Si bien poseen un programa curricular común cada una de ellas mantiene autonomía en la manera de proponer su enseñanza, por lo cual se considera muy importante abordar la temática que es objeto del presente trabajo y analizar de qué manera se desarrolla la enseñanza de la asignatura tomando como eje la articulación teoría-práctica.

El interés en realizar el presente trabajo surge desde la intencionalidad de explorar un objeto hasta el momento no investigado en la institución y poder aportar un marco general de ideas para su abordaje.

Los objetivos del trabajo refieren a la realización de un cuadro de situación comparativo entre las distintas cátedras en cuanto a su organización, la manera de proponer la enseñanza y en particular la articulación teoría-práctica que plantean. Asimismo se propuso aportar una sistematización de los modelos de enseñanza y estrategias didácticas a fin de compartirla con las distintas cátedras de Medicina Interna.

En lo que respecta al trabajo de investigación se optó por un abordaje metodológico cualitativo y de nivel descriptivo. Para ello se efectuó un análisis de propuestas pedagógicas, guías de trabajos prácticos y planificación didáctica de las seis cátedras de Medicina Interna A; B; C; D; E y F. También se realizaron entrevistas a cinco titulares y un adjunto de las cátedras mencionadas.

Se elaboraron las conclusiones de los datos obtenidos en las entrevistas y material documental y del análisis del material se infiere que las maneras de proponer la enseñanza de medicina interna en cada una de las cátedras que la dictan tiene las particularidades surgidas de la autonomía que cada una posee, no existiendo hasta el momento integración entre ellas, habiendo sólo deseos de expresión al respecto.

La investigación permitió una primer aproximación exploratoria que en un futuro se podría profundizar en un trabajo colectivo intercátedras.

No obstante ello todas proponen la enseñanza de los conocimientos teórico-prácticos bajo un modelo pedagógico de problematización y todas

mencionan el aprendizaje basado en competencias y el uso de simuladores como estrategia didáctica.

INTRODUCCIÓN

La dimensión clínica de la enseñanza de la Medicina ha estado presente en mayor o menor extensión a lo largo de la historia. Fue centro de la medicina hipocrática e influyó desde entonces poderosamente en los procesos docentes de los aprendices de médico, cuya figura emblemática fue precisamente Hipócrates, considerado el padre de la Medicina Occidental. Entonces fue conformando el método clínico primigenio, dando vida a la Semiología; se introdujeron la anamnesis, la inspección, la palpación y la auscultación inmediata (aplicación de la oreja al cuerpo del paciente) e interpretaron la enfermedad por vez primera como un fenómeno natural, ajeno a influencias de carácter mágico-religioso. La enseñanza clínica, un tanto relegada en las escuelas de medicina iniciadas en el medievo con las universidades, resurgió con vigor en la contemporaneidad al calor de los aportes científicos de la llamada revolución industrial (Inglaterra, siglo XVIII), que convirtieron la medicina de un arte personal en una ciencia basada y sujeta a leyes de carácter objetivo, requeridas de comprobación.

Surgido el método clínico como expresión de la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad en el individuo, su enseñanza adquirió gran desarrollo bajo el estímulo de los avances de las técnicas de comprobación y exploración diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, esos mismos desarrollos tecnológicos han ejercido un efecto paradójico en detrimento del método y su enseñanza. El falso antagonismo, alta tecnología vs tecnología básica (la buena clínica), impacta los procesos de atención y docencia médicas actuales. Su análisis y ponderación medidos

requieren la mayor atención por los especialistas involucrados en dichos procesos.

La educación médica es uno de los instrumentos esenciales que modelan el ejercicio de la medicina y debe desenvolverse de modo que relacione las necesidades de salud de la población, el perfil de morbilidad y el perfil profesional, con el contenido y las metodologías de la enseñanza, por lo que debe orientarse hacia la satisfacción de las necesidades sociales de la salud.

Las prácticas educativas se asientan en valores, muchas veces implícitos, que por fuerza de lo habitual, no se cuestionan ni se someten a críticas reflexivas. Se repiten como “lo normal”, “lo que es así”, “lo natural”. Sin embargo el modo de encarar metodológicamente la enseñanza de una materia, la estructura que le damos al sistema de evaluación, etc., son todas opciones ligadas a conceptualizaciones del campo educativo.

No hay univocidad respecto de la definición de docente y enseñanza, así como tampoco de alumno y aprendizaje, y la relación de ambos con el conocimiento.

“Enseñar” puede entenderse como la “transmisión de contenidos culturales”, es decir, el acto por el cual se pone a disposición de las nuevas generaciones el conocimiento socialmente acumulado por la humanidad a lo largo del tiempo. En esta acepción, el énfasis está puesto en lo que se transmite – el contenido – que pareciera no sufrir modificación alguna en el proceso de enseñarlo y aprenderlo.

Pero desde otra concepción teórica y epistemológica, “enseñar” es “enseñar a pensar”, es orientar los procesos de construcción del conocimiento.

La tarea de enseñanza es desde esta última postura compleja y dinámica. No basta con saber sobre un cuerpo disciplinar, se trata de trabajar con el material que va a ser enseñado, de modo tal que sea capaz de provocar esos procesos de pensamientos, actitudes y de comportamiento en los alumnos. Será necesario problematizar las cuestiones, preguntarse acerca de ellas plantear posturas teóricas distintas, divergentes o complementarias, elegir momentos de estructuración y síntesis de los conocimientos y otros de ruptura y confrontación. Decidir, también, cuándo es necesario trabajar con cuerpos preferentemente teóricos, para abordar luego cuestiones más cercanas a la práctica y cuándo corresponde y es posible “meterse” en la práctica para desde allí requerirle de la teoría las razones y fundamentos.

Aprender es básicamente un proceso reflexivo. Se trata de comprender, de relacionar el nuevo conocimiento con los anteriores, diferenciarlos en su especificidad y particularidad, establecer diferencias y semejanzas, incluirlo en categorías conceptuales que ya se poseen o crear las que sean necesarias en ese nivel. Es construir el objeto de conocimiento, considerarlo desde distintas perspectivas, ponerlo en tensión con otros conceptos, reconsiderar lo que ya se sabía por la confrontación con nuevos hechos, datos y/o teorías, lograr una nueva inclusión en clases, generar propuestas alternativas, hipótesis y conjeturas.

Estas afirmaciones precedentes se basan en las investigaciones acerca de la enseñanza y del aprendizaje. La enseñanza se comprende como un proceso en el cual el docente interviene en la manera de transmitir el contenido científico para incentivar el pensamiento y la construcción de conocimiento en los alumnos.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La carrera de Medicina de la U.N.L.P, a partir del plan del 2004 tiene una duración de 6(seis) años. Los alumnos a partir del tercer año de la carrera comienzan a cursar Medicina Interna, la cual se divide en Semiología, Medicina Interna I y II, que son dictadas de manera alternativa por las seis cátedras que se encuentran a cargo de la asignatura las que se denominan Medicina Interna A, B, C, D, E y F, las cuales poseen un programa curricular común y desarrollan sus actividades prácticas en el ámbito hospitalario. Si bien poseen un programa curricular común cada una de ellas mantiene autonomía en la manera de proponer su enseñanza y es insuficiente el conocimiento e intercambio entre ellas para el mejoramiento de todas y cada una de las cátedras.

Debido a lo expuesto, consideramos muy importante abordar la temática que es objeto del presente trabajo y analizar de que manera cada una de dichas cátedras propone la enseñanza de la Medicina Interna tomando como eje la articulación teoría-práctica.

El aprendizaje se entiende como un proceso reflexivo, en el cual, no sólo se aprende un contenido, sino también la manera de transmitirlo, de aprender y pensar mediante procesos interactivos individuales y grupales, en donde el docente es un profesional reflexivo, recreativo y con capacidad de recuperar el pensar del hacer.

Desde allí que sea imposible concebir a “la práctica” como algo separado de “la teoría”. Se trata de un proceso único de conocimiento, enseñanza y aprendizaje dentro del cual, temporalmente podrán existir momentos en los

cuales se enfaticen algunos aspectos más que otros. Una práctica despojada de valores, ideas y principios se transforma en un acto de conducta repetitivo y rígido, solamente capaz de adaptarse a situaciones idénticas a sí misma.

Las situaciones de la práctica profesional de los egresados universitarios son, en gran medida, una cuestión de elecciones estratégicas, *“una teoría que prescriba la acción, se transforma en tecnológica y mecánica”* (Popkewitz, T. 1988: 72).

Si deseamos formar “profesionales reflexivos” como apunta Schön,(1992) deberemos recordar que no sólo se busca egresados muñidos de instrumentos técnicos, sino personas capaces de plantearse el problema, realizar el diagnóstico e hipotetizar explicaciones como punto de partida y sostén en la elección de las técnicas a utilizar.

El aprendizaje de una práctica profesional está constituido no sólo por desafíos teóricos sino también empíricos que suponen la articulación de saberes de naturaleza diferente. Se convierte en una etapa, de puesta a prueba, de revisión, de resignificación y de ampliación de esquemas de conocimiento. La realización de una práctica no es simplemente demostrar lo aprendido en el contexto curricular sino que es un aprendizaje diferente mucho más amplio.

En los medios universitarios, se trata de ejercitar el juicio profesional para la toma de decisiones en la acción en contextos y situaciones reales.

Es necesario desarrollar la formación académica, humanística, científica y técnica de los profesionales en ciencias de la salud impartiendo enseñanza en el área de grado con responsabilidad permanente en la promoción de alta calidad en educación médica.

Se considera que en el mejoramiento de la enseñanza de la Medicina Interna estas y otras cuestiones deben estar presentes, surgiendo entonces la intencionalidad de explorar un objeto hasta el momento no investigado en la institución, tomando como eje la articulación teoría-práctica y poder aportar un marco general de ideas para su abordaje.

Estos son algunos de los interrogantes que surgen a partir de la identificación del problema y que se irán respondiendo a medida que avance la investigación:

- ¿Qué tipo de vinculación existe en la enseñanza de Medicina Interna entre la teoría y la práctica?
- ¿De qué manera se desarrolla la enseñanza en los trabajos prácticos?
- ¿Cómo se estructura metodológicamente el contenido de la enseñanza de medicina interna en cada una de las cátedras que la dictan?; ¿Cómo se realiza la selección de los temas a desarrollar?
- ¿Cuáles son las estrategias didácticas que se utilizan para la adquisición de conocimientos teóricos – prácticos?
- ¿Cómo se construye el vínculo social entre alumno y paciente?
- ¿Cuáles son las estrategias implementadas para generar hábitos de auto aprendizajes?
- ¿Cuáles son las competencias que se pretende lograr por los alumnos durante la cursada de Semiología y Medicina Interna?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la propuesta de enseñanza y estrategias didácticas de las seis cátedras que dictan Medicina Interna en la Facultad de Ciencias Médicas en la U.N.L.P., tomando como eje la modalidad de articulación teoría-práctica, para generar el conocimiento en la formación de los futuros profesionales de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir de qué manera se integran las distintas propuestas de enseñanza en el marco de Medicina Interna.
- Elaborar un cuadro de situación comparativo entre las distintas cátedras siguiendo criterios utilizados por cada una de ellas basados en la organización de las mismas.
- Analizar cómo se promueve el aprendizaje de conocimientos teóricos, técnicas, lenguaje, líneas de pensamiento médico y el desarrollo de la enseñanza en el ámbito hospitalario en relación con los objetivos propuestos por cada cátedra.
- Efectuar una sistematización de modelos de enseñanza y estrategias didácticas a los efectos de compartir con las distintas cátedras de Medicina Interna.

ESTADO DEL ARTE

HISTORIA DE LA MEDICINA INTERNA

A fines de siglo XIX surge una nueva orientación en la medicina general, más ligada a las ciencias básicas biomédicas y a la experimentación, que recibió el nombre de Medicina Interna. El internista ha sido considerado, desde entonces, el clínico por excelencia, el ejemplo del médico en cualquier época histórica. Dentro de este campo quedaron excluidas las enfermedades quirúrgicas, las obstétricas y las pediátricas, que asimismo, constituyeron otras especialidades, y junto a la Medicina Interna han sido consideradas, desde esa época como especialidades básicas.

La denominación de Medicina Interna tuvo su origen en Alemania, en 1880. En ese año Strumpell escribió el primer tratado de enfermedades internas y dos años más tarde, en Weisbaden, se celebró el primer Congreso de Medicina Interna. Se quería indicar un campo de la práctica médica en el que los conceptos se basaban en el nuevo conocimiento que emergía en fisiología, bacteriología y patología, así como la exclusión de los métodos quirúrgicos en la terapéutica empleada. Este nuevo campo, también llevaba la connotación de una formación académica y un entrenamiento, así como estos médicos podían hacer de consultantes de otros especialistas.

En las primeras décadas del siglo XX nacieron una a una las subespecialidades de la Medicina Interna, ante la necesidad de circunscribir la dedicación de los internistas en ámbitos en que pueden profundizar su experiencia. Este requerimiento se hizo más obvio cuando apareció una tecnología de alta complejidad que solo puede dominarse dedicándole mucho

tiempo. Nadie concebiría en el siglo XXI a un médico capaz de manejar la endoscopía digestiva, la cardiología intervencional, la ecocardiografía, controlar procedimientos de diálisis extracorpórea y los laboratorios de inmunología. Una gran proporción de internistas se incorporó a este fraccionamiento progresivo del quehacer profesional. Esta proporción ha variado según la época histórica en países y regiones dentro de un país, influida por las necesidades de la población, la disponibilidad local de tecnología compleja y otros factores económicos y sociales.

ANTECEDENTES

Podemos mencionar distintos trabajos realizados hasta el momento en diversas universidades como el efectuado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán en la cual se analizó el modelo de integración de aprendizajes para el ciclo clínico.

El problema del que parte la presente experiencia es que, debido a que en la mayoría de las facultades de medicina, los contenidos curriculares están organizados en materias independientes unas de otras, los alumnos presentan importantes dificultades en la integración de los aprendizajes, lo que resulta paradójico, ya que justamente en esta área, es de fundamental importancia el desarrollo de una visión integradora en los futuros profesionales que la facultad quiere formar tanto en la atención de los pacientes, como en la atención de la comunidad.

Para lograr esta integración, los contenidos deben estar organizados en unidades temáticas con ejes integradores confeccionados en base de las materias de cada año del ciclo clínico, ya que en esta etapa una articulación

vertical con las materias del ciclo básico, debería surgir puesto que a este nivel el estudiante debe por si mismo aprender a usar y relacionar los conocimientos previos con los nuevos. No obstante es tarea docente propiciar estas relaciones.

En una primera etapa se reunió material bibliográfico sobre los distintos tipos de integración y se elaboraron y discutieron distintos modelos para el ciclo clínico que trataban de integrar las materias troncales entre sí y con las especialidades.

Estos modelos fueron analizados en el seno de la comisión, seleccionándose uno consistente en integración horizontal por ejes temáticos realizados a partir de patologías prevalentes y orientados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, basado en el perfil de médico generalista.

Una vez constituido el modelo se realizaron reuniones informativas, de sensibilización y de programación con docentes de las materias involucradas y se realizaron talleres de trabajo con vistas a la implementación escogiendo como unidad temática y elemento motivador al tema “hipertensión arterial”.

Hubo consensos sobre las estrategias metodológicas entre los distintos departamentos y cátedras, la mayoría optaron por la enseñanza a través de casos clínicos que guíen el aprendizaje activo o auto aprendizaje del alumno donde cobra fundamental importancia el docente como tutor o facilitador de los contenidos de aprendizaje, complementado con clases interactivas o talleres de discusión y plenarios con especial énfasis en la elaboración de conclusiones. También surgió la necesidad de conformar unidades integradoras con la participación de docentes de diferentes asignaturas, quienes realizarían la

selección de los temas y del material didáctico con la finalidad de unificar criterios de las áreas involucradas. Se concluye con la necesidad de enseñar vinculando los conocimientos y para ello conformar equipos de trabajo docente que propicien la integración de los aprendizajes y la construcción de aprendizajes significativos.

Otro trabajo realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán cuyo eje temático es “Enseñando a educar en Salud”, tuvo como objetivos:

- Desarrollar en los estudiantes, a través de la relación médico-paciente, médico-familia, habilidades comunicacionales para escuchar, informar, demostrar interés por la situación planteada en cada caso en particular.
- Elaborar pautas destinadas a una mayor adhesión de los pacientes a las medidas preventivas y al tratamiento indicado especialmente en patologías crónicas prevalentes.
- Ejercer la docencia enseñándole al paciente a alejar dudas y temores, a desarrollar habilidades y destrezas para el autocuidado y reconocer los síntomas de alarma de su enfermedad.
- Reforzar la relación médico-paciente, médico-familia.

La metodología de trabajo fue diseñada para cumplirse en varias etapas, en la primera, los alumnos del sexto año de la carrera de médico que realizaban el practicantado rotatorio, eran divididos en subgrupos de seis a ocho alumnos cada uno los cuales trabajaban en forma simultánea con pacientes internados y su familia y con pacientes de consultorios externos y su familia, actividad que realizaban una vez por semana a lo largo de la cursada (10 semanas). A todos

los grupos se los capacitó en uso de recursos didácticos adecuados para que los pacientes y sus familiares aprendan a reconocer los síntomas por los cuales deben concurrir a la consulta, eliminar temores y dudas sobre su enfermedad, y adquieran habilidades y destrezas necesarias para manejar su patología. En esta etapa se seleccionaron las patologías sobre las que se capacitará en educación para la salud, a cargo de los profesores e instructores docentes de la cátedra.

En una segunda etapa, se elaboraron acuerdos sobre la información de los temas seleccionados, docentes responsables, clase interactiva, y taller de dos horas de duración para capacitar a los alumnos.

En una tercera etapa de selección, se especificaron a los alumnos los recursos didácticos que se utilizarán en cada una de las patologías seleccionadas.

Una cuarta etapa de ejecución del programa incluyó el monitoreo de la cátedra y personal docente de la misma.

En la quinta etapa de evaluación se realizaron entrevistas a distintos protagonistas participantes del programa sobre los grupos obtenidos a partir de esta modalidad.

Las conclusiones de trabajo evidenciaron la importancia de fortalecer las habilidades comunicacionales en los futuros médicos para lograr una adecuada comprensión de los mensajes médico-paciente, paciente-médico.

También mencionamos una investigación realizada en la Universidad Nacional de Cuyo acerca del “Mejoramiento de la educación médica en la Universidad Nacional de Cuyo”. Donde luego de un proceso de autoevaluación en 1994/95. Se **realizó** un cambio curricular muy importante en la carrera de

medicina, que se inició en el ciclo lectivo 1997. Los fundamentos que guiaron el nuevo diseño curricular fueron: asunción de un enfoque científico-antropológico-social y de criterios de integración, significación, flexibilización, protagonismo en el aprendizaje y evaluación continua. El curriculum incluyó cursos biomédicos intensivos, integrados por varias disciplinas y trabajado con la metodología de aprendizaje basado sobre problemas; cursos longitudinales de formación humanística, rotaciones clínicas intensivas y un año de práctica final obligatoria en internación, atención ambulatoria y emergencias. La mayor parte del tiempo de clases se trabajó en grupos pequeños de alumnos y hasta en una relación docente/alumno=1/1, sin haber aumentado la planta del personal docente. El plan de estudios incluyó dos pruebas globales: una al finalizar el ciclo básico de tres años – sin aprobar la cual, el alumno no puede ingresar al ciclo clínico – y otra al finalizar el ciclo clínico, cuya aprobación es indispensable para obtener el diploma.

El rendimiento de los alumnos en el nuevo *curriculum* es superior (diferencias altamente significativas), al que se observaba en el tradicional, dado que un muy alto porcentaje de alumnos comienza cada año de la carrera habiendo aprobado todas las asignaturas del año anterior.

Luego de la implementación de cinco pruebas globales de ciclo clínico, se describe la experiencia obtenida desde 2003. La prueba consta de una instancia de evaluación de conocimientos (examen escrito) y otra de desempeño de habilidades clínicas (OSCE, es decir “examen clínico objetivo estructurado”) y es la última obligación curricular de la carrera de medicina.

La prueba fue rendida por cinco grupos de, en promedio, sesenta alumnos. El promedio de desaprobados fue del 10%, se elaboraron 500 preguntas para

el examen escrito y 70 casos para el de desempeño. Para el OSCE, se trabajó con 46 pacientes estandarizados y 115 docentes en 16 salas con equipamiento completo

Los mayores logros fueron la organización del examen y la obtención de resultados estables en los distintos grupos de alumnos. Entre las dificultades se mencionaron la escasa disponibilidad de tiempo para capacitación docente y la de validar casos y preguntas previamente al examen. Entre las necesidades se mencionaron las de mejorar la formación de los actores y evaluar más sistemáticamente su desempeño, ofrecer más oportunidades a los estudiantes de familiarizarse con el OSCE y constituir un cuerpo estable de evaluadores. En el futuro se espera incluir pacientes reales estandarizados y filmar las estaciones.

Además podemos comentar un trabajo de la Facultad de Medicina de la Universidad de La República de Montevideo, Uruguay, sobre un centro de simulación: en el que se propone mejorar la enseñanza de las materias clínicas utilizando el aprendizaje basado en competencias con la utilización de simuladores. Este proyecto tiene como objetivo central el producir un cambio en el modelo educacional referente al aprendizaje de las disciplinas clínicas como respuesta a la actual masificación que enfrenta la facultad. Esto se basa en la incorporación en la enseñanza de un centro de simulación donde el estudiante pueda adquirir destreza sobre las maniobras que luego deberá efectuar en la práctica clínica diaria.

El propósito es que el estudiante aprenda y realice correctamente un número básico de maniobras semiológicas así como que incorpore un bagaje importante de conocimientos totalmente nuevo para él. Dicho trabajo clínico

consiste en líneas generales, en la realización por parte del estudiante de la historia clínica que culmina luego con el examen físico así como otras destrezas clínicas. Clásicamente se realiza este aprendizaje con el paciente, en grupos pequeños con un docente instructor. La actual masificación y el bajo número de horas docente, ha llevado a que paulatinamente la enseñanza clínica práctica vaya siendo sustituida por clases teóricas para no someter al paciente a exámenes repetidos por variados grupos de estudiantes.

El objetivo es lograr el aprendizaje basado en competencias, en el cual el estudiante debe demostrar aptitudes mínimas en sus destrezas clínicas en el simulador, para proseguir luego en el aprendizaje con el paciente, es decir lograr un estándar específico bajo condiciones preestablecidas.

La tecnología de la simulación para el entrenamiento de las personas, si bien es relativamente nueva en medicina, es ampliamente utilizada por la industria aeronáutica así como la industria nuclear para entrenar a su personal con buenos resultados. Esta reflexión es lo que ha llevado a los centros hospitalarios de vanguardia a dotarse de los medios precisos para lograr un adecuado entrenamiento de sus profesionales. Otorga un sinnúmero de posibilidades y habilita al estudiante a repetir infinidad de veces una maniobra, asegurarse de su correcta realización antes de aplicarlo en su paciente real.

El introducir este tipo de metodología modifica el clásico proceso de aprendizaje clínico, puesto que quien deba pasar a la etapa asistencial será previamente capacitado en modelos de laboratorio que le darán la suficiente experiencia para afrontar la práctica clínica real.

Hasta el momento no he podido identificar ningún estudio efectuado en la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P. acerca de las prácticas de la enseñanza en medicina interna.

Este trabajo que encaramos muestra similitud con una de las experiencias mencionadas en el sentido de abordar la temática de la enseñanza de materias del ciclo clínico utilizando para ello en la instancia práctica el uso de simuladores y el aprendizaje basado en competencias y se diferencia en el sentido de que la presente investigación incluye una exploración acerca de las propuestas de enseñanza de medicina interna en cada una de las cátedras que la dictan y no toma todas las materias del ciclo clínico.

MARCO TEÓRICO

Las prácticas docentes están acompañadas de supuestos que, en algunos casos, se sintetizan en una relación de congruencia entre el pensar y el actuar y, en otros, en su opuesto. Lo significativo es que en el contexto de comunicación didáctica, donde se entrelazan las representaciones psicosociales de los que interactúan, se configura una red compleja de vínculos y formas de hablar y de pensar que condicionan la práctica. Comprender la enseñanza implica partir de las microexperiencias áulicas y recuperar los episodios vividos en contexto, y desde allí ascender en una mirada educativa más amplia evitando la reproducción y repetición de respuestas uniformes. La *“reflexión en la acción”* y *“sobre la acción”* resulta ser un tipo de práctica a instaurar en los docentes para que éstos descubran su propia actividad de enseñanza como una cuestión de exploración y revisión permanente.

La enseñanza no es una relación entre máquinas, sino entre personas activas y dotadas de sentidos propios. Desde ese lugar, quien enseña puede recuperar esta dinámica, potenciar distintos resultados y ampliar las posibilidades, considerando las siguientes acciones:

- Guiar y apoyar a los alumnos para que trabajen y piensen por sí mismos.
- Ayudar a problematizar los contenidos que se abordan.
- Promover el intercambio entre los estudiantes y el trabajo cooperativo.
- Favorecer la participación en diversas actividades.
- Facilitar que los estudiantes puedan participar de la planificación de sus actividades de aprendizaje y de la valoración de los progresos.

- Habilitar y estimular el proceso de los aprendizajes a las prácticas, en el contexto particular en el que se encuentra.

Cualquiera sea la decisión de quienes transmiten el conocimiento, esta debería contemplar la coordinación de un sistema de relaciones reguladas entre quienes aprenden, quienes enseñan, los contenidos que se transmiten y el ambiente, con sus flujos de interacción y sus recursos reales y potenciales.

Siempre es necesario que quienes enseñan reflexionen sobre estas cuestiones, ampliando la visión y la conciencia en la acción de enseñar, y adoptando decisiones válidas y valiosas en función de una buena enseñanza.

La enseñanza de nuevos contenidos puede partir de la explicitación y el análisis de los conocimientos previos que poseen los estudiantes con respecto de dichos conceptos, qué saben acerca de lo que proponemos para el aprendizaje.

Entre otros aportes importantes, podemos mencionar el de Ausubel (1983) quien fundamenta la conceptualización del “aprendizaje significativo”. El aprendizaje debe ser una actividad significativa para la persona que aprende y dicha significatividad está directamente relacionada con la existencia de relaciones entre el conocimiento nuevo y el que ya posee el alumno.

Este aprendizaje es posible cuando quien aprende relaciona las informaciones y el significado del contenido sobre el que trabaja, los vincula con sus conocimientos, significados y experiencias previas, y por ello los comprende. Ello demanda una intensa actividad participativa de quienes aprenden, reflexionando, debatiendo y descubriendo relaciones.

La búsqueda del aprendizaje significativo tiene implicancias directas en la enseñanza. Para ello es necesario que se den las siguientes condiciones básicas:

- Que el contenido que se enseña guarde un orden lógico y se presente de modo estructurado, es decir que no sea arbitrario, desordenado ni confuso. El proceso fracasa cuando el contenido o material no muestra coherencia, presenta datos sueltos y sin orden alguno, o informaciones en forma descontextualizada que impide comprenderlo o explicarlo.
- Que el contenido que se enseña (información, concepto, habilidad o valor), pueda ser asimilado por el que aprende. Esto es que quien aprende pueda relacionar el nuevo contenido con sus conocimientos o experiencias previas y, por ende integrarlo a sus marcos de comprensión.
- Que aquello que se aprende y el modo cómo se enseña se relacione con los intereses de quienes aprenden. Si el contenido es de interés o es presentado despertando interés, quienes aprenden tenderán a buscar comprenderlo y aún a profundizar en su conocimiento o mejorar su asimilación.
- Que aquello que se aprende tenga aplicabilidad al contexto particular o pueda ser transferible a las prácticas de quienes aprenden. Es decir, que los conocimientos, habilidades o valores puedan ser entendidos y valorados por su capacidad de utilización.

Los docentes deberíamos estimular los procesos de aprendizaje autónomo a través de actividades motivadoras que sirvan como elementos disparadores o

guía de aprendizaje. En Medicina Interna la historia clínica puede ser usada como elemento disparador o guía para el aprendizaje de los contenidos que deben alcanzar los alumnos, partiendo de una situación problemática se utilizan los conocimientos previos y se determina cuáles son los conocimientos que se deben ampliar para resolver las situaciones planteadas.

Con respecto al aprendizaje de la persona adulta en situación de formación profesional, es necesario señalar que, sobre los más variados temas ya tiene conocimientos previos.

“Los saberes previos son esquemas y construcciones mentales que poseemos, los que nos permiten interpretar las situaciones nuevas. Es decir, interpretamos las nuevas experiencias generando expectativas basadas en nuestro conocimiento presente y sometiéndola a prueba activamente”. Novak (1988: 75).

“Esos conocimientos son construcciones personales de los alumnos, es decir, han sido elaborados de modo más o menos espontáneo en su interacción cotidiana con el mundo (...) suelen ser incoherentes desde el punto de vista científico, no tienen por qué serlo desde el punto de vista del alumno. Son bastante estables y resistentes al cambio, por lo que muchas veces persisten a pesar de muchos años de instrucción científica (...) el alumno ha de hacer un esfuerzo deliberado e intencional por relacionar la nueva información contenida en el material de aprendizaje con los conocimientos previos de que dispone”. Pozo (1992: 67).

Cuando el sujeto que aprende mediante un proceso de recuperación de sus conocimientos previos toma conciencia de que no puede explicar el problema que tiene frente a él, hemos logrado un punto de tensión imprescindible para

que aprenda contenidos nuevos, que es el llamado conflicto cognitivo. Sin él todo nuevo conocimiento correría el riesgo de ser adquirido mecánicamente.

Para lograr este conflicto, expresión de una auténtica necesidad de saber más, no basta con poner a una persona frente a una experiencia o a un texto. Hay que ayudarlo a ver en ellos algo más para lo que no tiene respuestas y darle ocasiones para encontrarlas.

Dentro del variado cuadro contemporáneo relativo a la teoría y práctica de la educación de adultos, la formación profesional y la capacitación en servicio de salud, Davini (2008), distingue tres modelos pedagógicos.

1. Pedagogía de transmisión

En este modelo pedagógico la actividad principal se centra en el profesor ya que es el que posee los conocimientos y está allí para resolver todos los problemas. El alumno es sustancialmente pasivo, su actividad se limita a la copia mental de las informaciones que le son presentadas por lo cual, la iniciativa del que aprende se ve, pues muy reducida. Se fomenta la dependencia y se margina su creatividad. La relación que se establece es de individuo a individuo (profesor-alumno), rompiéndose la estructura del grupo como unidad de interacción y aprendizaje.

A continuación se enumeran algunas características del modelo.

- La actividad recae en el profesor. El docente posee autoridad y control.
- El alumno es sustancialmente pasivo.
- Transmite información considerable en corto plazo.
- Establece relación de dependencia del alumno con el docente.

- Relación pedagógica asimétrica.
- Margina la creatividad del educando y fomenta su pasividad.
- Prescinde del análisis colectivo grupal.
- La decisión la toman los que poseen conocimiento.
- Ruptura teoría práctica. La teoría antecede a la práctica.
- Modelo deductivo.
- El saber se presenta como incuestionable.
- Modelo de enseñanza de corte intelectual (memoria).

2. Pedagogía de adiestramiento.

Se trata de un tipo de enseñanza individualizada, calcado del modelo de entrenamiento industrial, y su objetivo es lograr la eficiencia.

Al igual que en el modelo de transmisión, se refuerza la dependencia del trabajador respecto del profesor. En este modelo la unidad de relación pedagógica es individuo-individuo, rompiéndose la estructura del equipo de trabajo.

A continuación se mencionan algunas características del mismo:

- Enseñanza individualizada.
- El objetivo es lograr la eficacia.
- Ve al error como algo negativo.
- Adquisición de una práctica sin conocimientos de los fundamentos científicos que la justifican.
- Relación pedagógica individuo-individuo.
- Teoría nula.
- La práctica es repetición a partir de consignas recibidas.

3. Pedagogía de problematización.

En este modelo los alumnos se convierten en el soporte principal de la formación y en fuente privilegiada de conocimiento.

Las características centrales de esta pedagogía muestran puntos de interés para la formación de los trabajadores de la salud. Su punto de partida es la indagación sobre la práctica entendida como la acción humana y profesional dentro de un contexto social e institucional. El camino de la indagación es la pregunta, por lo cual también se ha dado en llamar “pedagogía de la pregunta”.

A continuación se mencionan algunas características del mismo:

- Los alumnos son el soporte principal de la formación.
- El docente es un estimulador – orientador más que un instructor.
- Es la pedagogía de la pregunta.
- Piensa en la práctica como un acto colectivo.
- Identifica los problemas de la práctica.
- La teoría ilumina los problemas de la práctica.
- Integra lo Individual a lo grupal – institucional y social.
- Trabaja con lo intelectual y lo afectivo indisolublemente.
- Desarrolla la conciencia del grupo.
- Afianza la identidad de la categoría profesional.
- Busca distinta fuente de información para analizar la realidad.

En los últimos tiempos, los modelos mencionados se vieron enriquecidos por la contribución de la investigación, la didáctica y la tecnología, generándose en consecuencia esquemas intermedios. Sin embargo, una depuración de sus

aspectos fundamentales permite clarificarlos de modo que las opciones pedagógicas que se realicen en la práctica sean más consistentes.

No existen modelos “puros” en la práctica. Las opciones metodológicas dependerán, en gran medida, del contenido que se desee enseñar, de las demandas que se busque satisfacer, de los objetivos que se propongan, de los recursos con que se pueda contar, del contexto en que se realice la acción.

En términos de Schön, *conocimiento en la acción*, se refiere a los tipos de conocimientos que revelamos en nuestras acciones inteligentes, ya sean observables al exterior, ejecuciones físicas u operaciones privadas. El conocimiento se evidencia a través de la ejecución espontánea y lábil y paradójicamente somos incapaces de hacerlo explícito verbalmente. Algunas veces, es posible mediante la observación y la reflexión sobre nuestras acciones, realizar una descripción del conocimiento tácito que está implícito en ellos.

Independientemente del lenguaje que utilicemos, nuestras descripciones del conocimiento en la acción son siempre construcciones. La actividad de conocer sugiere la cualidad dinámica del conocer en la acción que cuando la describimos se convierte en conocimiento en la acción.

El conocimiento en la acción y la reflexión en la acción forman parte de las experiencias del pensar y del hacer que todos compartimos, cuando aprendemos el arte de una práctica profesional, no importa cual alejado de la vida ordinaria pueda parecernos en principio, aprendemos nuevas formas de utilizar tipos de competencias que ya poseemos.

Para quienes participamos en la formación de profesionales resulta necesario reflexionar sobre la naturaleza del conocimiento profesional; delimitar

los rasgos que caracterizan ese saber es imperioso ya que el concepto que se tenga de los mismos inundará la formación del profesional que se pretende formar.

El contexto de formación profesional configura una zona indeterminada, compleja y en la que se desdibuja el límite entre teoría y práctica.

El médico es consciente de que un 85 % de los casos que vienen a su consulta no figuran en el libro, y reacciona ante la singular configuración de síntomas de un paciente realizando un diagnóstico. En casos así la práctica experimenta una sorpresa que le lleva a replantearse su conocimiento en la acción en aspectos que van más allá de las reglas, los hechos, las teorías y las operaciones disponibles. Reaccionan ante lo inesperado, a lo extraño reestructurando algunas de sus estrategias en la acción, e inventan experimentos sobre la marcha para poner a prueba su nueva comprobación, se comporta más o menos como un investigador que trata de modelar un sistema experto, que como un experto cuyo comportamiento está modelado.

Cuando alguien aprende una práctica se inicia en las tradiciones de una comunidad de prácticas y del mundo de la práctica que estos habitan. Aprende de sus convenciones, limitaciones y sistemas de valoración, sus repertorios de ejemplos, su conocimiento sistemático y sus patrones de conocimiento en la acción.

¿Pero cómo se aprende una práctica?, Siguiendo la postura de Schön un practicum es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes aprenden haciendo, aunque su hacer a menudo se quede corto en relación con el trabajo propio del mundo real. Aprender haciéndose cargo de

proyectos que simulan y simplifican la práctica o llevar a cabo, relativamente libre de presiones, distracciones y riesgos que se dan en el mundo real y al que, no obstante, el practicum hace referencia. Se sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica, el mundo de la vida ordinaria y el mundo esotérico de la universidad como ámbito de preparación profesional.

El estudiante debe aprender la práctica del practicum. El trabajo del practicum se realiza por medio de algún tipo de combinación del aprender haciendo de los alumnos, de sus interacciones con los tutores y los otros compañeros y de un proceso más difuso de aprendizaje experiencial.

El aprendizaje de una práctica profesional está constituido no sólo por desafíos teóricos sino también empíricos que suponen la articulación de saberes de naturaleza diferente. Se convierte en una etapa de revisión, de resignificación y de ampliación de esquemas de conocimiento. La realización de una práctica no es simplemente demostrar lo aprendido en el contexto curricular sino que es un aprendizaje diferente mucho más amplio.

La práctica docente se distingue por su complejidad. En ella intervienen distintos factores docentes y estudiantes, con características particulares y se producen intercambios y relaciones en contextos igualmente específicos y cambiantes. Por lo tanto el docente se expone en varias oportunidades a sucesos imprevistos frente a los cuales debe responder adaptando sus estrategias de intervención a las circunstancias reales.

No podemos desconocer que el docente utiliza conocimientos formales, pedagógicos y disciplinares al momento de planificar su intervención en el aula pero que ante la situación real educativa actúa conforme las elecciones que considera más convenientes para sus prácticas. En dichas circunstancias

opera el conocimiento práctico que favorece la fluidez en la intervención docente y retroalimenta el conocimiento formal.

El profesor es el protagonista principal a la hora de programar y organizar la tarea. Son los docentes quienes eligen los procedimientos didácticos que mejor ayudan a la comprensión y el aprendizaje de los estudiantes. Dentro de este diseño de trabajo que generan y acomodan sus propias acciones de acuerdo con las dificultades que la tarea presenta a sus alumnos, no será siempre directivo ni siempre permisivo, intervendrá de acuerdo con los requerimientos de la tarea regulando sus intervenciones (regla de la contingencia de Lev Vygotsky).

El profesor es el que adecua su ayuda a los estudiantes teniendo en cuenta los contenidos y las circunstancias de su actuación ya que no existe una metodología didáctica al margen de las situaciones singulares. Pero si es necesario explicitar criterios de intervención que puedan concretarse en múltiples estrategias didácticas particulares según el caso. En ocasiones la ayuda pedagógica se logrará pautando una tarea, o dándole al grupo una explicación pormenorizada; en otras, apelando a su comprensión, o asignando a los márgenes mayores de participación, o, incluso, de autonomía. En diferentes momentos se seleccionan las más ajustadas al proyecto de trabajo y sus propósitos, y se adoptan una u otra según nuestro criterio profesional.

“En una concepción constructivista, el problema de la metodología didáctica que se ha de utilizar es un problema de ajuste, de adecuación, entre, por una parte la actividad constructivista del alumno y, la ayuda del profesor que trata de impulsar, sostener y ampliar dicha actividad.” Cesar Coll (1990: 58).

Son tres las perspectivas diferentes que los educadores contemporáneos Fenstermacher y Soltis (2007) emplearon para concebir las actividades de enseñanza de las maneras que, según creen, ayudaran al docente a cumplir mejor su tarea.

- El enfoque del ejecutivo

En este enfoque se ve al docente como un ejecutor, una persona encargada de producir ciertos aprendizajes, y que utiliza para ello las mejores habilidades y técnicas disponibles. En esta perspectiva son de gran importancia los materiales curriculares cuidadosamente elaborados y la investigación sobre los efectos de la enseñanza, pues estos proporcionan al docente las técnicas y los conocimientos necesarios para gobernar la clase y producir el aprendizaje. Se ve al docente como el gerente de los tiempos de la clase, como una persona que toma decisiones sobre el modo en que distribuirá el tiempo de los estudiantes dentro del aula. Sin embargo, el tiempo empleado en el trabajo académico no es el único aspecto en el que insiste el enfoque ejecutivo de la enseñanza. También se identifican otros tres elementos que ejercen una influencia primordial sobre la eficacia que puedan tener los esfuerzos del profesor. Esos elementos son las indicaciones, retroalimentación evaluativa y el refuerzo. Las indicaciones son como mapas y carteles de señales; el docente las utiliza para alertar a sus alumnos sobre lo que hay que aprender y el modo de alcanzar ese aprendizaje. En la retroalimentación evaluativa los docentes corrigen rápidamente los errores tanto de las tareas escritas como de las orales.

El refuerzo, que va desde una sonrisa fugaz, pasa por alguna observación y llega hasta recompensas más tangibles, es un elemento tan vigoroso como una técnica de enseñanza, aunque su buen empleo requiere experiencia e intuición.

Este enfoque tiene rasgos comunes con la pedagogía del adiestramiento de Davini.

- El enfoque del terapeuta

Ve al docente como a una persona empática encargada de ayudar a cada individuo en su crecimiento personal y a alcanzar un elevado nivel de autoafirmación, comprensión y aceptación de sí. En la base de esta perspectiva están la psicoterapia, psicología humanística y la filosofía existencial, pues ella se concentra en el objetivo de que los estudiantes desarrollen su propio ser como personas auténticas mediante experiencias educativas que tengan una importante significación personal.

En el enfoque del terapeuta, la enseñanza es la actividad de guiar y asistir al estudiante para que éste seleccione y trate de alcanzar el contenido. El acto de enseñar está mucho menos volcado a preparar el contenido para que el estudiante lo adquiera y mucho más interesado en preparar al estudiante para las tareas de elegir, elaborar y evaluar lo que aprende.

En esta perspectiva el propósito de enseñar es el de capacitar al estudiante para que se convierta en un ser auténtico, una persona capaz de asumir la responsabilidad por lo que es y por lo que tiende a ser, una

persona capaz de tomar decisiones que definan su carácter como desea que sea definido. Para el docente que adopta esta perspectiva la autenticidad del estudiante no se cultiva adquiriendo un conocimiento remoto que no se relacione con la búsqueda de la significación.

- El enfoque del liberador

Este enfoque ve al docente como un liberador de la mente del individuo y un promotor de seres humanos morales, racionales, entendidos e íntegros. Este estilo pone gran énfasis en el contenido y presta menos atención a las habilidades docentes específica o a los estados psíquicos y emocionales de los estudiantes.

La manera de dar clase está influida por el contenido mismo. El profesor sirve como modelo para los estudiantes que, a modo de ejemplo, un profesor de ciencias espera que sus alumnos lleguen a ser investigadores escépticos, críticos, porque es una actitud previa necesaria para llegar a ser un buen científico, es necesario que vean que otro lo hace así (difícilmente pueda aprenderlo de la lectura del texto, será necesario observar al profesor efectuando una indagación crítica, para actuar como modelo deberá frecuentemente hacer ciencia en su salón de clases, de modo tal que sus alumnos puedan ver que significa que ellos hagan ciencia como investigadores críticos.

Los estudiantes aprenden no sólo de lo que dice y lo que les asigna a hacer; sino que aprenden del modo en el docente lo hace. El liberador desea que el estudiante adquiera la manera (general y

especial), tanto como el contenido, porque “el contenido sin la manera no será liberador”.

El liberador clásico es un insider, una persona que realmente conoce su campo; es decir, sabe qué hace falta para participar en la generación y el uso de cierto tipo de conocimiento. Es un miembro de una comunidad de conocedores, habiendo ingresado en esa comunidad a través de años de estudio y quizá de aprendizaje, el profesor es por lo menos un “oficial”, sino ya un “maestro” en ese campo. El propósito del docente como iniciador es introducir al estudiante en un campo como una participante, como un miembro de una comunidad intelectual y moral. Formar una comunidad exige la existencia de valores y virtudes que gobiernen la conducta apropiada de sus miembros, así como un lenguaje común y modo de compartidos de obrar y de pensar.

Es evidente que se puede enseñar sin pensar en el enfoque que se aplica, pero los docentes profesionales solo llegan a serlo cuando reflexionan sobre su vocación y optan por una postura respecto de ella que los guía y los sostiene en la importante tarea de educar a personas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se realizó un trabajo de investigación con un abordaje metodológico cualitativo y de nivel descriptivo. Para ello se efectuó un análisis de propuestas pedagógicas, guías de trabajos prácticos y planificación didáctica de las seis cátedras de Medicina Interna A; B; C; D; E y F. También se realizaron entrevistas a cinco titulares y un adjunto de las cátedras mencionadas.

En los documentos consultados se obtuvieron los datos necesarios acerca de contenidos, fundamentación, propósito de los mismos y estrategias metodológicas. En las entrevistas mantenidas con los docentes se indagó sobre todo en las concepciones de enseñanza prevalentes.

Los métodos cualitativos suponen y realizan los postulados del paradigma interpretativo, actuando sobre contextos “reales”. El observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos. El presupuesto fundamental de las metodologías cualitativas es que la investigación social tiene que ser más fiel al fenómeno que se estudia que a un conjunto de principios metodológicos, y que, según considera Fielding (1986), los fenómenos sociales son distintos a los naturales. No pueden ser comprendidos en términos de relaciones causales mediante la subsunción de los hechos sociales a leyes universales porque las acciones sociales están basadas e imbuidas de significados sociales, intenciones, actitudes y creencias.

La investigación científica acarrea un incesante y repetido ciclo que comprende la observación, la clasificación, el análisis y la teoría, pudiendo comenzar en el punto del espiral que se desee.

Los instrumentos empleados para el relevamiento de la información en la presente investigación fueron como ya se mencionó:

- Entrevistas: se efectuaron por única vez a cada uno de los entrevistados y las mismas no fueron grabadas a pedido de los mismos.

Las mismas se conciben como una interacción social entre personas, gracias a la que va a generarse un intercambio de información, nos permiten una descripción narrativa de las actividades comportándose como la mejor fuente de información cualitativa. Es necesario buscar un modelo de motivación que considere a la entrevista como un proceso social y su producto como un resultado social, una comunicación de significados.

- Análisis de documentos, (guías de trabajos prácticos y planificación didáctica), los que fueron cedidos por los entrevistados siendo el único material obtenido para realizar este trabajo.

Las dimensiones de análisis a identificar fueron:

- Datos de composición de las cátedras.
- La estructuración metodológica del contenido de la enseñanza.
- Las interrelaciones entre el docente y alumnos en torno a las actividades académicas.
- Los procedimientos de evaluación implementados.

Las dimensiones de análisis estuvieron previamente determinadas, lo que no quiere decir que fueron las únicas ya que surgieron otras a partir de

aspectos emergentes de las entrevistas y material empírico, por ejemplo técnicas de trabajo empleadas, mención de objetivos generales y específicos de las cursadas en las guías de trabajos prácticos.

Una vez obtenidos los datos necesarios se realizó la lectura de los mismos se analizaron las entrevistas y el material documental de las seis cátedras destacando núcleos temáticos en función del marco teórico y las distintas propuestas metodológicas para la articulación teoría-práctica. Se sistematizaron los mismos según las dimensiones de análisis identificadas y otros aspectos que surgieron a partir de datos emergentes.

La investigación permitió una primer aproximación exploratoria que en el futuro se podría profundizar en un trabajo colectivo intercátedras.

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Se realizó la entrevista a cinco de los seis titulares y un adjunto de las cátedras de Medicina Interna.

Cabe mencionar la colaboración y la muy buena predisposición que han tenido todos los entrevistados con la presente investigación.

El material analizado surgió de las entrevistas, guías de trabajos prácticos, planificación didáctica, obteniéndose los siguientes resultados.

Transcripción de las entrevistas:

1. ¿De qué manera se estructura metodológicamente el contenido de la enseñanza de la asignatura a desarrollar y cómo se planifica el mismo?, ¿Quién realiza la selección del mismo?

- Entrevistado 1: Refiere que la actividad se divide en 60 % actividad práctica y 40 % actividad teórica. La selección de los contenidos son acordados por el titular y los adjuntos en reuniones previas al inicio de la cursada.
- Entrevistado 2: El contenido se desarrolla por unidades temáticas acerca de los que son considerados temas principales para la cursada. Los mismos fueron consensuados en una reunión previa del inicio de la cursada entre el titular y los adjuntos.
- Entrevistado 3: La selección de los temas se plantea entre el profesor titular, adjuntos y jefe de clínica haciendo hincapié en el aprendizaje basado en problemas.

- Entrevistado 4: La selección de los temas se basa en la patología prevalente. Se realizan reuniones periódicas con los docentes para analizar la planificación de las distintas actividades educativas teniendo en cuenta objetivos generales y contenidos mínimos.
- Entrevistado 5: Refiere que en el mes de diciembre del año previo a la cursada siguiente se reúne con los adjuntos para realizar la planificación de los temas, se realiza la guía de trabajos prácticos teniendo en cuenta la patología prevalente y aquellos temas que no puedan ser dictados en la cursada se planifica una actividad extracurricular mediante un curso a final de la misma donde se puedan dictar dichos temas.
- Entrevistado 6: Se planifican los temas a desarrollar en base a la patología prevalente y la selección de los mismos se discute entre el titular y los adjuntos.

2. ¿Cómo se proponen desde la cátedra la articulación entre la teoría y la práctica?; ¿De qué manera se realiza la actividad práctica y en qué espacio se desarrolla la misma?

- Entrevistado 1: Se propone dictando mayor proporción de actividad práctica que teórica y esta actividad se fundamenta en el aprendizaje basado en competencias. Hace mención a la resolución N° 1314/7 (anexo1) que trata acerca de las competencias. La actividad práctica se desarrolla en la sala de internación, consultorios externos. Además le parece que sería muy importante que los alumnos pudieran realizar rotaciones por consultorios externos de instituciones privadas porque

podrían observar realidades distintas a las que se visualizan en los hospitales públicos.

- Entrevistado 2: La cursada es semanal y se desarrolla en primer lugar la actividad práctica en la sala de internación, consultorios externos del hospital y luego la actividad teórica se basa en lo visto en la parte práctica.

La actividad práctica se desarrolla tanto en la sede de la cátedra en el hospital San Martín como también en las sub sedes de la cátedra en otros hospitales.

- Entrevistado 3: Se propone mediante el aprendizaje basado en problemas, en primer lugar se da una clase teórica introductoria, en segundo lugar el trabajo práctico en la sala de internación y se finaliza con un seminario en el aula donde se plantea un caso clínico.

Plantea *“la actividad lúdica para el aprendizaje”* como estrategia didáctica.

- Entrevistado 4: La actividad práctica se realiza en las salas de internación, consultorios y salas de guardia, utilizando el método de aprendizaje basado en problemas refiriendo *“que constituye una modalidad muy interesante para la formación del futuro profesional”*. También hace referencia a *“los ejercicios o ateneos clínicos en los cuales se analizan exhaustivamente los datos obtenidos a través de las historia clínicas planteando luego diagnósticos presuntivos y plan racional de estudio”*.
- Entrevistado 5: Considera que el trabajo práctico *“se debe realizar en la sala de internación o en los consultorios externos y consultorios de*

guardia, que la única actividad teórica debe ser la discusión de la historia clínica y hay que desterrar la clase magistral e incentivar la interacción con el paciente”.

Propone ateneos anátomo clínicos, trabajos prácticos de una hora y media de duración y clases teóricas de cincuenta minutos.

Hace referencia a que *“no necesariamente los alumnos tienen que ver el paciente que presente la patología a desarrollar en ese trabajo práctico”,* considera que *“si bien a veces eso es factible en algunas oportunidades, nos perderíamos la posibilidad de poder aprender patologías que no son prevalentes pero si muy importantes”.*

- Entrevistado 6: Los trabajos teóricos prácticos se desarrollaran con enfermos en los diferentes servicios hospitalarios que se disponen y abarcará la temática hasta a tal fin. Las actividades enseñanza-aprendizaje tienen características dinámicas siendo la regla la activa participación de los alumnos.

3. ¿Se realizan reuniones entre los titulares de las cátedras de medicina interna para proponer una metodología de enseñanza común a todos los alumnos que cursan dicha asignatura?

Todos coinciden en que no se realizan dichas reuniones, sin embargo todos consideran que sería de mucha utilidad utilizar una metodología de enseñanza similar.

Si bien existe el Departamento de Medicina Interna, en los últimos años los temas tratados en el mismo fueron en su mayoría netamente administrativos y de organización de las cátedras.

4. ¿De qué manera se realiza la evaluación en los trabajos prácticos y que se propone evaluar en los mismos?

- Entrevistado 1: La evaluación en los trabajos prácticos es conceptual, a cargo del docente de la misma. La evaluación de los exámenes parciales es con la modalidad oral.
- Entrevistado 2: Cada docente evalúa conceptualmente al alumno en cada trabajo práctico. Siendo los exámenes parciales de la modalidad múltiple Choice.
- Entrevistado 3: La evaluación en los exámenes parciales se basa en la resolución de un caso clínico por escrito, tomado por el docente a cargo de la comisión.
- Entrevistado 4: Se realiza una evaluación continua a cargo de los instructores habituales de carácter conceptual, la cual se vuelca en la planilla del alumno. Las evaluaciones parciales son con la modalidad múltiple Choice.
- Entrevistado 5: No se evalúa con nota numérica en cada trabajo, sino que el docente a cargo de la comisión al finalizar la cursada elabora una nota conceptual, teniendo en cuenta la participación y el desempeño del alumno a lo largo del año. Los exámenes parciales son escritos con la modalidad múltiple Choice.
- Entrevistado 6: No se evalúa en cada trabajo práctico con nota numérica. El docente a cargo de la comisión evalúa en forma conceptual al alumno a lo largo de la cursada. A tales efectos el docente utiliza una tarjeta por cada alumno en la que se vuelca su concepto en cuanto a

conocimiento, habilidades y aptitudes mostradas por cada uno. Los exámenes parciales son orales y son tomados por el docente que está a cargo de la comisión.

5. ¿Cuál cree usted que es la relación docente alumno ideal para el desarrollo de los trabajos prácticos?

- Entrevistado 1: Para él *“la relación docente-alumno ideal es de dos alumnos por docente”*.
- Entrevistado 2: Considera que *“la relación ideal es de cuatro alumnos por comisión ya que de esta manera se puede interactuar con el paciente y que se ha podido lograr esta relación alumno-docente hace cuatro años”*.

Los adjuntos tienen comisiones a su cargo.

- Entrevistado 3: Refiere que *“La relación docente-alumno ideal es entre cuatro a seis alumnos por docente”*. Esta cátedra cuenta con ayudantes alumnos y con sub sedes en distintas localidades del interior de la provincia de Buenos Aires.
- Entrevistado 4: Estima que *“la relación ideal debería ser de cuatro alumnos en los consultorios externos y de cinco en la sala de internación”*. Hace referencia a la *“importancia de la descentralización de la enseñanza”*, contando con sub sedes en distintos hospitales de la provincia de Buenos Aires”.
- Entrevistado 5: Para él, *“la relación ideal es de tres alumnos por docente y fomenta la descentralización de la enseñanza”*.

- Entrevistado 6: Dice que *“La relación ideal sería de un docente cada tres o cuatro alumnos como máximo”*. Además cree que *“Hay que fomentar la descentralización ya que el cincuenta por ciento de los alumnos cursan en el Hospital San Martín, teniendo en cuenta que la cátedra cuenta con docentes en otros hospitales”*, como de Berisso, La Plata (H. Rossi, H. Gutiérrez), Florencio Varela (Mi Pueblo), y Hospital de Quilmes. *“Sería ideal que el docente que dicta el trabajo práctico pertenezca al hospital en el que se dicta el mismo”*.

El titular y los adjuntos tienen comisiones de trabajos prácticos a su cargo.

6. ¿Cuál cree usted que sería el beneficio del aprendizaje basado en competencias?, ¿Cuál el de las prácticas simuladas?

- Entrevistado 1: Cree que los alumnos tienen poca carga horaria para la actividad práctica y que eso sumado a veces a la disminución del número de pacientes con los que se pueda realizar dicha actividad, hace que no se puedan desarrollar todas las maniobras semiológicas. Por lo tanto el uso de simuladores es muy beneficioso para el desarrollo de prácticas que se consideran invasivas utilizándolos con el asesoramiento de docentes que se encuentren entrenados para su uso. Así también es importante el trabajo con actores y la utilización de video conferencia.
- Entrevistado 2: Menciona que la simulación es un complemento y que puede tener mayor beneficio para su utilización por el alumno que recién se inicia y tiene que aprender a realizar ciertas maniobras, pero que de

ninguna manera debe suplementar al paciente sino siempre complementarlo.

Considera muy beneficioso el aprendizaje basado en competencia.

- Entrevistado 3: Refiere que a partir de situaciones reales y concretas se logren competencias de análisis y síntesis para detectar y resolver problemas en base al método clínico. Integrar la teoría con la práctica y efectuar un análisis crítico de todos los elementos.

Persigue el logro de un equilibrio entre transmisión de información y adquisición de conocimientos, adiestramiento, actitudes éticas y capacidad de resolver problemas reales o teóricos.

Promueve el uso de simuladores como complemento de la actividad práctica.

- Entrevistado 4: Considera que la formación del médico debe ser dinámica con concepto de futuro, teniendo en cuenta que la ciencia tiene un crecimiento vertiginoso.

Hay que habilitar al alumno para establecer hábitos esenciales y conductas sensatas a través del proceso enseñanza y aprendizaje de habilidades y destreza.

La utilización de los simuladores la plantea solo en casos particulares en aquellas situaciones en que la práctica no puede ser realizada con el paciente.

- Entrevistado 5: Refiere que es muy beneficioso la utilización de los simuladores como complemento de la actividad práctica sobre todo en los alumnos que están finalizando su carrera.

Considera muy importante y beneficioso el aprendizaje basado en competencia.

- Entrevistado 6: Cree que el uso de simuladores es muy útil para el aprendizaje de prácticas invasivas que no se pueden realizar con el paciente, utilizándolo siempre como complemento y no como suplemento.

El alumno tiene que examinar al paciente e integrar todos los conocimientos.

Considera muy beneficioso el aprendizaje basado en la competencia.

7. ¿Ha notado diferencias a lo largo de su carrera en la manera de proponer la articulación teoría-práctica?, ¿Cuál es la actitud que usted advierte a lo largo del tiempo en los alumnos en relación a la interacción con el paciente?

- Entrevistado 1: Antes se proponía la clase magistral como único método válido, no se realizaban discusiones con el docente sobre el cuadro clínico del paciente.

En la actualidad el aprendizaje se basa en el problema de salud del paciente, estimulándose mediante las consultas y discusiones con el docente el pensamiento del alumno.

- Entrevistado 2: Menciona que antes se realizaba una demostración a los alumnos “se mostraba un hígado enfermo, aumentado de tamaño, o las petequias del paciente y no se lo veía como un todo”.

En la actualidad se estimula al alumno para que no vea al paciente como un conjunto de signos y síntomas, no solo interesa su enfermedad sino que importa el hombre enfermo, su biografía y su realidad social, Intentado lograr un enfoque antropológico.

- Entrevistado 3: Refiere que en la actualidad se ha estimulado el debate en el cual el alumno forma parte de él y no es simplemente un espectador. Se realizan seminarios de discusión y además se habla mucho más acerca de las metodologías de diagnóstico y no solamente del examen semiológico.
- Entrevistado 4: Considera que las cosas han cambiado, hace referencia a los cambios generacionales y con ello a la informalidad que se observa en los alumnos al referirse al paciente como *“el hombre de la cama veintisiete, el cáncer de pulmón, el caso interesante, etc.”*. Cree que hay que formar al futuro médico con una visión más integral del paciente, entendiendo que *“el mismo no es un conjunto de criterios mayores y menores, ni es costo-beneficio sino que es una persona que piensa, siente, tiene familia y está profundamente desgarrado por la enfermedad que le ha alterado la vida arrancándolo de su entorno”*.
- Entrevistado 5: Estima que a partir del cambio de plan en la facultad en el dos mil cuatro año 2004 se ha logrado contar con comisiones con menor cantidad de alumnos, y que ello es muy beneficioso ya que permite una interacción distinta del alumno con el docente y con el paciente. También hace referencia a que hay que orientar más a los alumnos y facilitarles material didáctico, crear mayor comunicación y menor distancia entre el alumno y el docente.

- Entrevistado 6: Cree que antiguamente se podía lograr una relación de mayor conocimiento con el alumno, ya que éstos cursaban diariamente y permanecían muchas horas en las salas. En la actualidad las horas de cursadas han disminuido, el contacto con el paciente es menor generando un vínculo distinto. Los alumnos se comportan más distantes en las relaciones humanas.

8. ¿Cuál cree usted que sea el método ideal para implementar en los trabajos prácticos?

- Entrevistado 1: Cree que el método ideal es el aprendizaje basado en problemas. *“El alumno debe formar parte de la clase, intervenir, participar, discutir acerca del cuadro clínico del paciente, creo que de esa manera va a aprender”.*
- Entrevistado 2: Manifiesta que el método ideal es *“el aprendizaje mediante la resolución de problemas, estimulando de manera continua el pensamiento médico y orientando al alumno a los problemas de salud.”*
- Entrevistado 3: *“La manera, a nuestro juicio, más adecuada de enseñar y aprender medicina es relacionar la atención médica con la formación médica. Para ello el estudiante debe insertarse como progresivo protagonista en un sistema de enseñanza vinculado a los actos médicos. Debe aprender en servicio, sirviendo en el proceso de atención médica y recuperación del paciente internado o ambulatorio.*

La metodología de enseñanza en la cátedra tanto en el pre como en el pos grado sigue la tendencia de la técnica de aprendizaje basado

en problemas, se parte de una situación clínica concreta a la que se aborda en base al método clínico, que no es otra cosa que la aplicación médica del método científico.”

- *Entrevistado 4: Cree que una modalidad muy importante constituye el método de aprendizaje basado en problemas. “Se asienta en la actividad tutorial del docente y auto aprendizaje. Este último, constituye un método de estudio y actualización imprescindible para formación permanente durante el futuro ejercicio profesional. En esta actividades que se pueden desarrollar en diferentes escenarios como aulas, consultorios, salas de guardia, el docente no enseña en el sentido convencional, pero facilita el proceso de aprendizaje a través de preguntas que apuntan a provocar el pensamiento y la discusión entre los alumnos.”*

“Debemos tener presente el informe de la UNESCO donde se afirma que el alumno recuerda el 30% de los datos oídos, el 40% de los vistos, el 50% de los vistos y oídos y el 70% si existió participación activa.”

- *Entrevistado 5: Menciona que le método ideal es el aprendizaje basado en problemas, “que el alumno debe participar activamente en el entendimiento de la patología del paciente y en su atención, y que para esto es muy importante poder rotar por los distintos escenarios de enseñanza (sala de guardia, consultorios y salas de clínica). Es muy importante que el alumno se sienta parte de la atención el paciente.”*
- *Entrevistado 6: Refiere que “el alumno debe aprender al lado del enfermo, que la tarea docente en medicina es enseñar a aprender al alumno, formar y no solo informar. Todas las teorías empleadas están*

subordinadas al logro de esa meta. Hay que lograr una actividad de enseñanza dinámica y con activa participación de los alumnos”.

CONCLUSIONES

Este trabajo se propuso caracterizar las propuestas de enseñanza de Medicina Interna de cada una de las cátedras que dictan la asignatura, y en este apartado se da cuenta de las conclusiones correspondientes al material documental y las entrevistas realizadas, surgiendo así, una visión de la caracterización de la cátedra en términos básicamente descriptivos, del análisis de los documentos, y de la lectura de las entrevistas se infiere razones que orientan las prácticas de enseñanza.

1. Conclusiones del material documental.

Las dimensiones de análisis que surgen del material documental son las siguientes.

- Datos de composición de la cátedra.
- Ubicación geográfica de la misma (sede principal y sub sedes).
- Característica de la asignatura a desarrollar (ubicación en el plan de estudio, requisitos para cursar la materia, horas semanales de enseñanza, características del curso).
- Objetivos generales y específicos de la asignatura.
- Contenidos de la asignatura.
- Técnicas de trabajo a implementar en las clases teóricas y prácticas.
- Evaluación (cronograma de fechas de exámenes parciales y finales y modalidad de evaluación).
- Referencias bibliográficas.

I. Cuadro de situación comparativa.

De la lectura del material documental podemos detallar:

- Todas las cátedras hacen mención a los objetivos de la cursada y los contenidos de la asignatura, con detalle de los temas que se dictarán en las clases teóricas y en los trabajos prácticos.
- Solo cuatro mencionan cronogramas de fechas de exámenes finales y parciales.

Sólo tres guías contienen:

- Datos de composición de las cátedras.
 - Hacen referencia a la ubicación de la misma mencionando la sede principal y sub sedes en las cuales se dictan trabajos prácticos.
 - Mencionan ubicación de la asignatura en el plan de estudios, requisitos para la cursada y características del curso.
 - Dividen al contenido en unidades de acción y unidades de conocimiento.
 - Mencionan la metodología a utilizar durante los trabajos prácticos y la expectativa del logro de la cátedra para con los alumnos.
 - Sugieren bibliografía a utilizar.
- Sólo dos hacen referencia a la distribución de los alumnos en los trabajos prácticos.
 - Sólo una contiene el programa de examen final con bolillas.

2. Conclusiones de las entrevistas

I. Elección de los contenidos.

Todos los entrevistados realizan la selección de los temas a desarrollar en la cursada mediante reuniones que se efectúan entre los titulares y sus adjuntos, coincidiendo en que la selección de los mismos se basa en la patología prevalente. Cabe destacar que en ningún caso se hizo mención que en dicha selección participaran los jefes de trabajos prácticos ni el resto del plantel docente. de la cátedra como así tampoco se menciona que se realizaran reuniones con el resto de los titulares de las otras cátedras que dictaran la misma asignatura en el año para proponer una selección de temas en común.

Si bien existe el Departamento de Medicina Interna, en los últimos años los temas tratados en el mismo fueron en su mayoría netamente administrativos y de organización de las cátedras. Aunque consideran que sería muy beneficioso utilizar una metodología de enseñanza unificada.

II. Organización de las cursadas y formas de evaluación.

Todos los entrevistados promueven la descentralización de la enseñanza con el objetivo de lograr una relación numérica docente-alumno-paciente que permita una interacción permanente durante el desarrollo de los trabajos prácticos, coincidiendo en que dicha actividad se debe desarrollar no sólo en las salas de internación, sino también en los consultorios externos y de existir la posibilidad en las salas de guardia. Cabe mencionar que una de las cátedras cuenta con ayudantes alumnos, que un solo titular tiene a cargo comisión de trabajos prácticos y que sólo uno de ellos hizo mención a la rotación de los alumnos por el ámbito privado.

Respecto a la evaluación, todos evalúan conceptualmente a los alumnos a lo largo de la cursada, sin embargo, en las instancias parciales, las

modalidades referidas son oral y múltiple Choice, no haciendo referencia a la evaluación en esta instancia de la parte práctica. Esto denota que si bien algunos entrevistados hacen mención al tema de competencias y aprendizaje basado en problemas y remarcan la importancia de la actividad práctica, en la evaluación durante la cursada no parece haber correspondencia entre el instrumento utilizado y el enfoque pedagógico.

III. Estrategias didácticas.

En su totalidad creen que el método ideal es el aprendizaje basado en problemas, las discusiones grupales de casos clínicos con la finalidad de estimular el pensamiento crítico de los estudiantes y el debate entre pares, por cuanto el alumno debe insertarse como protagonista de un sistema de enseñanza vinculado a los actos médicos. Coinciden en que se debe reemplazar la mostración de órganos patológicos por separado para ver al paciente de manera integral y que el alumno se sienta parte del tratamiento del mismo estimulando el pensamiento médico mediante la orientación de los problemas de salud. Asimismo se menciona el beneficio que otorga el aprendizaje basado en competencia haciendo referencia, uno de ellos, a la resolución ministerial 1314/07 que trata acerca de las mismas. Coinciden en el beneficio de la utilización de simuladores siempre como complemento de la enseñanza y de ninguna manera como suplemento del paciente, aunque no todos lo promuevan con el mismo convencimiento para su utilización.

3. Conclusiones generales

Se infiere que las maneras de proponer la enseñanza de Medicina Interna en cada una de las cátedras que la dictan tiene las particularidades surgidas de la autonomía que cada una posee, no existiendo hasta el momento integración entre ellas, habiendo sólo deseos de expresión al respecto.

La investigación nos dio la posibilidad de realizar una primer aproximación exploratoria que en un futuro se podría profundizar en un trabajo colectivo intercátedras.

No obstante ello todas proponen la enseñanza de los conocimientos teórico-prácticos bajo un modelo pedagógico de problematización según Davini, en el cual los alumnos se convierten en el soporte principal de la formación y en fuente privilegiada de conocimiento.

Las características centrales de esta pedagogía muestran puntos de interés para la formación de los trabajadores de la salud. Su punto de partida es la indagación sobre la práctica entendida como la acción humana y profesional dentro de un contexto social e institucional. El camino de la indagación es la pregunta, por lo cual también se ha dado en llamar “pedagogía de la pregunta”.

Los alumnos son el soporte principal de la formación, el docente se comporta como estimulador-orientador más que en instructor, se identifican los problemas de práctica y se piensa en ella como un acto colectivo. La teoría ilumina los problemas de la práctica e integra lo individual a lo grupal-institucional y social, desarrollando la conciencia de grupo. Se afianza la identidad de la categoría profesional y busca distintas fuentes de información para analizar la realidad.

Así mismo debemos mencionar los aportes de Schön en lo que respecta al conocimiento en la acción, se refiere a los tipos de conocimientos que revelamos en nuestras acciones inteligentes, ya sean observables al exterior, ejecuciones físicas u operaciones privadas. El conocimiento se revela a través de la ejecución espontánea y lábil y paradójicamente somos incapaces de hacerlo explícito verbalmente. Algunas veces, es posible mediante la observación y la reflexión sobre nuestras acciones, realizar una descripción del conocimiento tácito que está implícito en ellos.

El conocimiento en la acción y la reflexión en la acción forman parte de experiencias del pensar y del hacer que todos compartimos, cuando aprendemos el arte de una práctica profesional, no importa cual alejado de la vida ordinaria pueda parecernos en principio, aprendemos nuevas formas de utilizar tipos de competencias que ya poseemos.

Para quienes participamos en la formación de profesionales resulta necesario reflexionar sobre la naturaleza del conocimiento profesional; delimitar los rasgos que caracterizan ese saber es imperioso ya que el concepto que se tenga de los mismos inundará la formación del profesional que se pretende formar.

El contexto de formación profesional configura una zona indeterminada, compleja y en la que se desdibuja el límite entre teoría y práctica.

Cuando alguien aprende una práctica se inicia en las tradiciones de una comunidad de prácticas y del mundo de la práctica que estos habitan. Aprende de sus convenciones, limitaciones y sistemas de valoración, sus repertorios de ejemplos, su conocimiento sistemático y sus patrones de conocimiento en la acción.

¿Pero cómo se aprende una práctica? Siguiendo la postura de Schön un practicum es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes aprenden haciendo, aunque su hacer a menudo se quede corto en relación con el trabajo propio del mundo real. Aprender haciéndose cargo de proyectos que simulan y simplifican la práctica o llevar a cabo, relativamente libre de presiones, distracciones y riesgos que se dan en el mundo real y al que, no obstante, el practicum hace referencia. Se sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica, el mundo de la vida ordinaria y el mundo esotérico de la universidad como ámbito de preparación profesional.

El estudiante debe aprender la práctica del practicum. El trabajo del practicum se realiza por medio de algún tipo de combinación del aprender haciendo de los alumnos, de sus interacciones con los tutores y los otros compañeros y de un proceso más difuso de aprendizaje experiencial.

El aprendizaje de una práctica profesional está constituido no sólo por desafíos teóricos sino también empíricos que suponen la articulación de saberes de naturaleza diferente. Se convierte en una etapa de revisión, de resignificación y de ampliación de esquemas de conocimiento. La realización de una práctica no es simplemente demostrar lo aprendido en el contexto curricular sino que es un aprendizaje diferente mucho más amplio.

Se debe destacar que todos los docentes entrevistados mencionan el aprendizaje basado en competencias y la utilización de simuladores por lo que se adjunta una sistematización de estrategias didácticas en referencia a estos temas a fin de compartir con las distintas cátedras que dictan Medicina Interna.

ANEXO 1

Sistematización de estrategias didácticas pertinentes para la enseñanza de Medicina Interna.

➤ **Competencias.**

Esta síntesis se ha efectuado siguiendo los conceptos de Kane y Miller acerca de competencia. En las dos últimas décadas se ha insistido en la necesidad de vincular la formación profesional con las necesidades de desempeño en el área laboral, de ahí que los modelos educativos basados en competencias laborales o profesionales se hayan difundido en las instituciones educativas a nivel mundial.

La competencia es un tipo de enseñanza único y exclusivo de los seres humanos, que involucra las tres dimensiones de la mente humana: el saber y el hacer (dimensiones cognitivas), y la dimensión afectiva (cognitivo expresiva), que son las actitudes, sentimientos y valores.

El concepto de competencia ocupa un lugar central: alude a un saber hacer que lleva a un desempeño eficiente, el cual puede demostrarse mediante ejecuciones observables. Se trata de una capacidad para resolver problemas, que se aplica de manera flexible y pertinente, adaptándose al contexto y a las demandas que plantean situaciones diversas. La competencia no se limita a los aspectos procedimentales del conocimiento, a la mera posesión de habilidades y destreza, sino que va acompañada necesariamente de elementos teóricos y actitudinales.

➤ **COMPETENCIA PROFESIONAL.**

La competencia profesional ha sido definida como la conducta real del individuo durante el ejercicio de su profesión, o sea que la competencia está directamente relacionada con las características y funciones que cumple un profesionista en la sociedad.

Un profesional puede acreditar el ser competente, pero ante una situación real no demostrar el saber hacer y el buen juicio, por lo que no responde al nivel profesional de calidad exigible en aquella situación.

Kane (1992,163-182) define la competencia profesional como “el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”. En esta definición, una de las más dinámicas y completas se encuentra una dimensión que es fundamental: la capacidad de un profesional de utilizar su buen juicio o sea de razonar para tomar decisiones.

➤ **COMPETENCIA CLÍNICA.**

La competencia clínica se considera como la parte esencial de la formación profesional del médico tanto a nivel de pregrado como de postgrado, ya que es básica para una atención médica de calidad e integral.

La importancia de la competencia clínica se pone de manifiesto en las expectativas que tiene la sociedad actual de los médicos:

- Un médico debería ser técnicamente competente en términos de conocimientos y habilidades y competente en su habilidad para comunicarse con los pacientes y con otros profesionales de la salud.

- Debería entender y contribuir a todas las metas de la atención de la salud: prevención, curación, rehabilitación y cuidados de apoyo y debería reconocer que su principal contribución es aumentar la calidad de vida de sus pacientes.
- Debería estar informado de los conocimientos validados científicamente, de la efectividad de las nuevas terapéuticas o pruebas diagnósticas y usar sólo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que han mostrado ser efectivos en situaciones clínicas apropiadas.
- Debería reconocer cuando la información requerida para las decisiones clínicas es incompleta y contribuir al desarrollo de nuevo conocimiento.

Cualquier actividad compleja como la competencia clínica, se enfrenta a la búsqueda de una clasificación satisfactoria o tipología. Hay varias características en el problema de categorización. Una forma simple basada en la literatura educacional tradicional divide la competencia en los dominios cognoscitivo, afectivo y psicomotor. Otros esquemas utilizan los componentes del encuentro clínico: toma de historia clínica, examen físico, órdenes de exámenes, diseño de un plan de manejo y seguimiento del paciente. Algunos otros esquemas van más allá del encuentro médico-paciente para incluir autoeducación, enseñanza y actividades de dirección.

Cuadro 1 MODELO OPERATIVO PARA EL ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA CLÍNICA

Núcleo básico declarativo ¿Qué debo saber para poder hacer?	Conocimiento esencial en la memoria de corto y largo plazo	- Capacidad para recordar conocimiento relevante (hechos, conceptos y principios) y aplicarlo a situaciones o problemas
--	--	---

		clínicos
<p>Núcleo Procedimental</p> <p>¿Qué debo hacer?</p>	Habilidades clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para obtener información fidedigna y confiable a través del interrogatorio y la exploración física (reconocimiento de patrones y secuencias de acción). - Capacidad para seleccionar estudios de laboratorio y/o gabinete que contribuyan al diagnóstico y terapéutica
	Habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar planes de manejo	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para procesar, sintetizar e interpretar la información obtenida y/o refinarla con la utilización racional de recursos adicionales para tomar las decisiones adecuadas y oportunas (integración diagnóstica, planes de manejo, pronóstico, interconsulta, seguimiento, educación del paciente y su familia)
	Habilidades técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para realizar procedimientos y técnicas especiales en el estudio y manejo de los problemas del paciente
<p>Núcleo de relaciones humanas y éticas</p> <p>¿Cómo debo interactuar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de comunicación interpersonal - Actitudes ante el paciente y sus familiares - Habilidades adaptativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para establecer una adecuada relación médico-paciente. - Capacidad para asumir y demostrar actitudes éticas apropiadas hacia el paciente, su familia, el equipo de salud y su comunidad. - Capacidad de comprender la importancia de la situación psicosocial en la génesis de la enfermedad y su modificación favorable como recurso potencial de prevención

CONTEXTO DE COMPETENCIA: Escenarios, recursos y características socioeconómicas y culturales de la comunidad e instituciones en donde se desarrolla la competencia clínica.

Cuadro American Board of internal medicine 1997

En los últimos años, las tendencias educativas están orientadas a la formación profesional en función de las competencias finales del alumno, modificando la consideración de la enseñanza exclusivamente fundamentada en la tarea docente a la basada en el aprendizaje y trabajo del alumno. Este tipo de educación también se ha definido como educación basada en el producto o en los resultados y no es una educación centrada en sí misma, sino que está determinada por un referente externo las necesidades de la sociedad.

La educación basada en las competencias finales del estudiante de medicina, tanto a nivel de pregrado como de postgrado, tiene muchas ventajas: obliga a diseñar de manera práctica y coherente las materias, permitiendo la distinción entre lo esencial y lo no esencial; permite la aplicación de metodología y estrategias educativas diferentes en función de la materia y la dinámica del grupo; incrementa la responsabilidad del alumno haciéndolo participar de manera activa en su proceso de aprendizaje.

Las competencias determinan aquello que deben aprender los estudiantes y aquello que debe ser evaluado, además de constituir el eje de todo el proceso de enseñanza y aprendizaje. Su definición es una tarea fundamental, tanto para el personal implicado en la formación del futuro profesional como para las instituciones de salud y la sociedad en general.

En el terreno pedagógico la educación basada en competencias ha propiciado retornar al debate básico entre erudición contra educación pragmática y de la educación tradicional (centrada en el docente, con relevancia de los contenidos cuya función básica era la erudición) en contra de la educación activa (centrada en el alumno, con estrategias de aprendizaje participativas en la que lo relevante es la actividad espontánea y en la que se respeta el descubrimiento propio).

El desarrollo de las competencias clínicas requiere de experiencias clínicas repetidas y reflexivas que sirvan para conformar los llamados “libretos de enfermedad” que en el clínico experto están bien estructurados y en el estudiante se encuentran todavía muy limitados.

El término "libreto de enfermedad" se ha definido como un bloque de construcción del conocimiento clínico experto, que une: el conocimiento acerca de las circunstancias de los pacientes y el contexto, que puede llevar a la enfermedad (condiciones facilitadoras) el proceso fisiopatológico actual que se está llevando a cabo (la falla) y la manera en que se expresa en signos y síntomas (las consecuencias).

La educación basada en competencias ha influido también en forma importante en la evaluación del aprendizaje, la cual generalmente estaba enfocada primordialmente al área cognoscitiva, por lo que si el alumno obtenía resultados satisfactorios en este tipo de exámenes, habitualmente de opción múltiple, se daba por hecho que había adquirido las habilidades, destrezas y actitudes que se necesitan para lograr la competencia clínica.

Miller(1990) desarrolló un modelo representado por una pirámide que incluye los diferentes niveles de capacitación en los que se sustenta la competencia profesional del médico y en los que a su vez se puede desarrollar la evaluación, en la base de la pirámide sitúa los conocimientos que un profesional necesita para desempeñar sus tareas de manera eficaz "sabe", en el siguiente nivel la capacidad del profesional para utilizar los conocimientos "sabe cómo", en tercer nivel es cómo actuaría y llevaría a cabo sus funciones si se encontrara en una determinada situación "muestra cómo", finalmente en el vértice se sitúa la actuación, lo que exige una observación directa del profesional, su práctica habitual con pacientes y situaciones clínicas reales "hace". Este modelo resume muy bien el constructo de la competencia y permite operacionalizar su evaluación y en particular la elección de los instrumentos para evaluar cada nivel. Es fundamental para una evaluación completa e integral cubrir toda la pirámide (Figura 1).



Figura1 Pirámide de competencia Miller 1990

Actualmente para evaluar la competencia clínica en la mayoría de las universidades del mundo se está utilizando el Examen Clínico Objetivo Estructurado, conocido por sus siglas en inglés como OSCE (Objective Structured Clinical Examination), este método descrito por Harden en 1979, se considera hasta el momento el más completo y objetivo, ya que permite evaluar todos los componentes que conforman la competencia clínica.

➤ **Aprendizaje basado en Problemas.**

La enseñanza es un proceso y una práctica de la que se esperan resultados que vayan más allá de la asimilación de conocimientos académicos y del desarrollo conceptual:

- ¿Cómo lograr la transferencia del conocimiento a la práctica?
- ¿Cómo enseñar para enfrentar los desafíos de la acción, desde los más simples y cotidianos hasta los más avanzados?
- ¿Cómo enfrentar a los alumnos con los dilemas de la práctica?

Las nuevas producciones muestran la creciente conciencia acerca de que los dilemas y desafíos de los problemas prácticos no se resuelven ni se agotan en la asimilación de conocimientos académicos.

Desde el punto de vista metodológico, estas corrientes entienden el problema al revés. No se trata de promover la asimilación de conocimientos para luego preocuparse por transferirlos a las prácticas. La secuencia metódica se invierte: se parte de problemas y situaciones de la práctica misma. El conocimiento sistemático u académico o la ampliación de información vendrán después, para iluminar la comprensión de los problemas. En otros términos, el

conocimiento será un medio y no un fin, para analizar las situaciones y problemas prácticos, y para elaborar nuevas respuestas.

En los medios universitarios, se trata de ejercitar el juicio profesional para la toma de decisiones en la acción en contextos y situaciones reales.

El aprendizaje basado en problemas incluye básicamente cuatro métodos los cuales son:

1. El método de estudio de casos.
2. El método de solución de problemas.
3. El método de construcción de problemas o problematización.
4. El método de proyectos.

Como todo proceso de enseñanza, estos métodos incluyen la transmisión de conocimientos y desarrollo de habilidades. Pero en ellos el centro no se encuentra en su asimilación sino en la producción de alternativas (aprendizaje para la acción y en la acción), por parte de los alumnos.

1. *El método de estudio de casos.*

Se corresponde con una forma natural de aprender alrededor de situaciones reales, este método recupera el proceso natural de entender, interpretar e intervenir en la realidad y lo sistematiza para la enseñanza.

El método de solución de problemas. De esta manera apunta a vincular el conocimiento, la realidad y las prácticas, a través de la presentación de una situación de la vida real o prefigurada como punto de partida para el aprendizaje.

El estudio de casos constituye una metodología para el análisis-interpretación-acción en torno a situaciones reales o con gran similitud con la realidad. De este modo se provoca el interés de los participantes, se genera el debate e intercambio con el grupo y se promueve la comprensión de las situaciones y de las alternativas de acción.

2. El método de solución de problemas.

Otro modo natural de aprender ocurre cuando las personas se enfrentan con problemas. Los problemas generan preguntas, dudas o incertidumbres. Las personas entonces necesitan analizar y comprender el problema, a partir de lo cual podrían tomar decisiones para resolverlo, o al menos para disminuir la incertidumbre que el problema genera.

La resolución de problemas desarrolla la capacidad crítica, la inventiva y el sentido práctico, poniendo el razonamiento al servicio de la acción, integrando distintos conocimientos y experiencias previas, tal vez aprendidas en diferentes momentos y en diversos lugares, e incluso buscar nuevas informaciones para entender y resolver el problema.

El aprendizaje a partir de este método tiene un alto valor educativo, permite el desarrollo de habilidades de trabajo intelectual derivadas de la práctica, la búsqueda activa de nuevos conocimientos e informaciones, la formulación de hipótesis y la toma de decisiones para la acción, con el fin de resolver problemas en nuevas situaciones. Así mismo, facilita la interacción grupal y el aprendizaje del trabajo en equipo.

3. El método de construcción de problemas o problematización.

Este método trabaja también sobre problemas, pero su intención educativa no es generar capacidades para “resolver” problemas sino para “construirlos”. Esta diferencia es cualitativamente importante, se busca que los alumnos aprendan a trabajar con lo complejo, descubran y analicen distintas dimensiones de una situación problemática, evitando que el pensamiento se encierre en la simplificación o en una única mirada. Es decir, la importancia no está en resolver sino en desarrollar capacidades para “problematizar problemas” de múltiples dimensiones, contribuyendo a la comprensión de la diversidad de perspectivas y flexibilizando el propio proceso de pensamiento (Davini 1995).

Su mayor valor consiste en desarrollar la capacidad analítica e integral sobre los problemas, en especial los complejos, así como movilizar las propias concepciones y los puntos de vista de los estudiantes, facilitando la flexibilidad del pensamiento.

Es importante que el profesor oriente para:

- Generar muchas preguntas y provocar nuevas preguntas de los alumnos.
- Facilitar que los alumnos experimenten libremente, expresen sus ideas.
- Facilitar que los alumnos auto-dirijan su proceso y se planteen metas.
- Estimular reflexiones en el transcurso de todo el proceso.

4. El método de proyectos.

Este método apunta a aprender mediante la elaboración de un plan o proyecto de acción, analizando y seleccionando alternativas, un plan de trabajo, etapas en un tiempo determinado y poniéndolo en marcha con seguimiento del proceso y resultados. En muchos casos no sólo implica producir, construir, elaborar y poner en marcha sino también comunicar y difundir el proyecto a otros generando apoyos, alianza y participación.

Otro aspecto importante para destacar es que el método de proyectos no se encamina al “hacer por el hacer” mismo: hacer y construir el plan de trabajo, así como ponerlo en práctica constituye un proceso de aprendizaje. Al elaborar el plan, los estudiantes desarrollan sus conocimientos prácticos y asimilan contenidos de enseñanzas.

El método de proyectos presenta un importante valor educativo. Además de ser una metodología útil para desarrollar conocimientos, integra sistemáticamente el conocimiento y la acción, facilitando en los alumnos el aprendizaje de métodos racionales de trabajo, la habilidad para planear un proyecto y su realización en el tiempo, la creatividad, las capacidades expresivas, la elección de medios para el desarrollo del proyecto, el monitoreo y la valuación de resultados. Así mismo, favorece el desarrollo cooperativo y la autonomía de aprendizaje.

➤ **Aprendizaje de habilidades.**

El aprendizaje de habilidades conlleva la comprensión de principios, estrategias, normas y procedimientos.

La intención educativa de este nuevo grupo de métodos no es construir y resolver problemas o analizar situaciones problemáticas como base para el desarrollo de conocimiento.

- Las habilidades técnicas u operativas no son secuencias mecánicas ni rígidas; se pueden generar innovaciones adecuadas a las situaciones.
- Las habilidades no se restringen a la esfera técnica, sino que incluyen toda una gama de formas de manejo y organización de informaciones, de trabajo en equipos y de habilidades situacionales en contextos sociales concretos.
- La transmisión de habilidades puede integrar efectivamente las dos orientaciones de la enseñanza, con distinto peso según sean las intenciones y el ambiente de aprendizaje: la instrucción y la guía para el trabajo activo.

Los métodos de enseñanza que componen básicamente esta familia (Davini, 2008: 140), son:

1. La demostración y ejercitación.

En términos generales, el método consiste en la demostración activa de procedimientos y acciones por parte del profesor y la ejercitación activa por parte de los estudiantes, con apoyo del profesor hasta la total autonomía de los estudiantes en la ejecución de las acciones.

Como método de enseñanza dirigido a formar un aprendizaje, el proceso no se restringe a la mera ejecución de procedimientos, sino que se acompaña en forma permanente con el análisis y las explicaciones de

los principios, conocimientos o normas que sustentan los procedimientos, tanto en la fase de demostración como en el seguimiento de la ejercitación. Tampoco el seguimiento se convierte en una supervisión, sino en el apoyo de las acciones y el análisis reflexivo de sus procesos.

Con este marco, el método consiste en la enseñanza directa de una habilidad práctica a un grupo de estudiantes, poniendo a prueba su comprensión acerca de lo que se muestra y lo que se hace con la dirección del docente (práctica controlada), y guiándolos en el ejercicio de las habilidades (práctica guiada).

La eficacia del método reside en la posibilidad de experimentar las prácticas de la manera más realista posible (incluyendo los contextos reales de acción) y ejercitarlas por parte de los estudiantes, apoyando las dudas o preguntas que requieran formular tanto en la comprensión como en el ejercicio. El resultado que se busca es que los alumnos alcancen un grado significativo de independencia y autonomía en la acción (dominio).

La primera fase del método es la demostración, en la que se modeliza la práctica apoyándose en los principios explicativos y en las normas operativas de acción. La demostración debe estar acompañada de explicaciones del conocimiento implícito en la habilidad, del porqué de los procedimientos que se demuestran, apoyando la comprensión sobre lo que se hace. Es bueno incluir el dialogo y las preguntas reflexivas para identificar la correcta comprensión de los estudiantes por resolver las dudas, asegurándose de que todos los alumnos puedan

preguntar y puedan responder, incluyendo el diálogo activo entre los mismos estudiantes.

La segunda fase incentiva a los estudiantes a la ejercitación y la experimentación, brindándoles distintos niveles de asistencia a través del proceso. Es importante dar suficientes oportunidades para ejercitar las habilidades que se esperan adquirir y brindar permanentemente retroalimentación durante el proceso de ejercitación, incluyendo las orientaciones y correcciones necesarias. Las investigaciones demuestran que los docentes más eficaces son los que retroalimentan en forma continua durante las actividades de los alumnos:

- Orientando las actividades.
- Dando “pistas”.
- Respondiendo las preguntas y ampliando la información.
- Formulando preguntas reflexivas, inclusive en forma individual y personalizado.
- Corrigiendo desvíos y errores.
- Estimulando las actividades y posibilidades de aprender.

Cuanto más se ejercite una habilidad, más se la domina y más se promueve las habilidades de los estudiantes sobre los procesos. La frecuencia de tiempo (ritmo), es otro aspecto a tener en cuenta: periodos breves pero continuados producen mejores resultados que periodos muy distribuidos o distantes en el tiempo; en especial en la primera etapa de adquisición de una habilidad, en la que se requiere una orientación y un apoyo más intenso.

El ambiente de aprendizaje requiere de distintas condiciones según sea la habilidad a desarrollar, desde materiales simples hasta los más complejos (campos prácticos, laboratorios, modelos, maquetas, instrumentales, bibliotecas y recursos de información). Pero siempre reclama una comunicación activa, un proceso dinámico y participativo, y el flujo continuo de interacciones entre el docente y los alumnos, y de los estudiantes entre sí.

2. Las simulaciones en sus cuatro variantes.

- Escénicas.
- Con instrumental.
- Con simuladores.
- Virtuales.

La simulación es un método de enseñanza que se propone acercar a los alumnos a situaciones y elementos similares a la realidad, pero en forma artificial, a fin de entrenarlos en habilidades prácticas y operativas cuando las encaran en el mundo real. Aunque las situaciones y elementos sean artificiales, deberán ser lo más próximos posibles a la realidad práctica.

La enseñanza con simulaciones alcanza una gran variedad de posibilidades de aplicación, puede utilizarse con independencia de la edad de los alumnos y se adapta a una importante variedad de contenidos de enseñanza. En particular, ha alcanzado mayores posibilidades con el desarrollo de las tecnologías de enseñanza.

Asimismo, la simulación es un método general, pero admite una variedad de alternativas específicas:

- Simulaciones Escénicas, enfatizando habilidades de interacción con otros, comunicativas, de toma de decisiones y negociación; incluyendo el manejo de informaciones y la comprensión de las reglas explícitas e implícitas en situaciones determinadas.
- Simulaciones con instrumental o con simuladores, enfatizando habilidades en el aprendizaje de métodos de trabajo, procedimientos, uso de instrumentos, toma de decisiones y plan de acción; incluyendo el manejo de informaciones y la comprensión de los principios, normas y conocimientos que fundamentan las acciones y la creatividad personal.
- Simulaciones virtuales, enfatizando habilidades de manejo de información y tecnología, el uso de símbolos, gráficos y datos, la comprensión de problemas; incluyendo la búsqueda, la organización y la integración de conocimientos de materias o disciplinas en situaciones prácticas.

El ambiente de aprendizaje requiere ser muy activo y participativo, desarrollando la cooperación entre los estudiantes. El docente dirige la simulación, su organización y sus reglas, ofrece estímulos y consejos en la marcha de las actividades. A lo largo de la simulaciones, el docente asume cuatro papeles básicos (Joyce & Weil, 2002: 68).-

- Explica, transmitiendo conocimientos y experiencias, indicando principios y reglas de acción, mostrando y demostrando.

- Arbitrar, resolviendo conflictos, interviniendo ante distintos puntos de vista.
- Tutorar apoyando, corrigiendo, dando pistas, orientando.
- Analizar, apoyando reflexivamente el desarrollo del trabajo y profundizando las acciones.

El desarrollo de actividades operativas para la acción tiene una significativa importancia para la vida presente y futura de los estudiantes, cualquiera sea la edad y el nivel educativo, sea en la educación general o en la formación profesional. Toda la vida cotidiana requiere de habilidades para actuar en situaciones y en distintos contextos, para actuar con otros, para sostener los propios puntos de vista, para manejar herramientas técnicas y culturales, e intervenir en contextos prácticos, tomando decisiones y actuando con iniciativas e inventivas.

Sin embargo, las prácticas de enseñanza tienen aún deudas pendientes en esta materia. La primera, y tal vez la más sustantiva, se expresa en la necesidad de superar las perspectivas dualistas que separan la enseñanza de las habilidades operativas y el desarrollo de conocimiento. Muchos de estos supuestos se muestran en la organización de la enseñanza en “clases teóricas” (centradas en la exposición del profesor), y los “trabajos prácticos” (dirigidos a la aplicación de tareas indicadas en la teoría). Otros se expresan en la enseñanza de habilidades prácticas como formas de adiestramiento mecánico en procedimientos a reproducir fielmente.

Por el contrario, los estudios especializados y las prácticas muestran que el aprendizaje y habilidades operativas no sólo son necesarios para la vida sino

que implican el desarrollo y la comprensión del conocimiento en situaciones prácticas. También muestran que los estudiantes no son ejecutores mecánicos de las habilidades, sino que auto regulan las habilidades y las integran a su repertorio de experiencias anteriores interactuando con otros. Las relaciones entre conocimiento y prácticas, el compartir conocimientos y producirlos con creatividad e inventiva, están asegurados a estos procesos.

ANEXO 2



Ministerio de Educación, Ciencia
y Tecnología

"2007-Año de la Seguridad Vial"



1314

RESOLUCION Nº

ANEXO I

CONTENIDOS CURRICULARES BASICOS PARA LA CARRERA DE MEDICINA

Las competencias profesionales del médico se presentan organizadas en 4 dimensiones: en cada una de ellas se incluyen varios componentes y en cada componente se detallan actividades.

Dimen- sión	Componen- tes	Actividades- tareas
Práctica clínica	Anamnesis	1. Confecciona la historia clínica.
	Examen físico y mental	2. Realiza el examen físico y mental completo en pacientes internados y/o ambulatorios.
	Diagnóstico y Tratamiento	3. Formula hipótesis diagnósticas iniciales teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ los datos aportados en la anamnesis. ▪ los hallazgos del examen físico ▪ la prevalencia de las enfermedades
		4. Plantea diagnósticos diferenciales.
		5. Selecciona, indica e interpreta los métodos diagnósticos
		6. Indica y/o realiza los tratamientos correspondientes



Ministerio de Educación, Ciencia
y Tecnología

"2007-Año de la Seguridad Vial"

RESOLUCION N° 1314



		7. Brinda educación para la salud y consejo para el autocuidado
Práctica clínica	Diagnóstico y Tratamiento	8. Indica, si es necesario, la derivación a la especialidad que corresponda cumpliendo las normas de referencia y contrarreferencia.
		9. Gestiona con el paciente soluciones a los problemas planteados en la consulta y las acciones derivadas de las mismas.
		10. Respeta y hace respetar, en todas las circunstancias, las normas de bioseguridad y asepsia.



Ministerio de Educación, Ciencia
y Tecnología

"2007-Año de la Seguridad Vial"

1314

RESOLUCION Nº



Procedimien-
tos

11. Realiza los procedimientos que se detallan a continuación:

- Evaluación de signos vitales (presión arterial, pulso, respiración y temperatura).
- Medición de peso y talla de lactantes, niños y adultos.
- Screening para agudeza visual.
- Fondo de ojo.
- Electrocardiograma de superficie.
- Tacto rectal y anoscopía.
- Especuloscopia en la mujer y toma de Papanicolaou.
- Examen de mama.
- Otoscopia y rinoscopia.
- Punción lumbar.
- Intubación nasogástrica.
- Intubación oro-traqueal
- Administración de soluciones y medicamentos por venoclisis o inyección.
- Inyecciones subcutáneas e intramusculares.
- Canalización venosa.
- Cateterismo vesical.
- Paracentesis abdominal
- Toracocentesis y/o aspiración continua en caso de colecciones pleurales o neumotórax espontáneo.
- Drenaje de colecciones supuradas superficiales (celular subcutáneo)
- Curación y sutura de heridas simples.
- Inmovilización y traslado de pacientes.
- Lavado y vestido para permanecer en quirófano.
- Atención de un parto eutócico.



Ministerio de Educación, Ciencia
y Tecnología

"2007-Año de la Seguridad Vial"

RESOLUCION N°

1314



Pensa- miento científico e investiga- ción	Actitud científica	12.Utiliza el pensamiento crítico, razonamiento clínico, medicina basada en la evidencia y la metodología de investigación científica en el manejo de la información y abordaje de los problemas médicos y sanitarios.
		13.Busca información en fuentes confiables
		14.Analiza críticamente la literatura científica.
		15.Planifica e indica los estudios complementarios teniendo en cuenta la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de las pruebas.
		16.Interpreta y jerarquiza los datos obtenidos para reformular las hipótesis diagnósticas.
		17.Analiza el costo/ beneficio de las distintas prácticas diagnósticas y terapéuticas.
Profesio- nalismo	Mantenimien- to de las competencias profesionales	18.Evalúa críticamente su propia práctica profesional.
		19.Participa en la presentación y discusión de "casos clínicos" entre colegas.
		20.Desarrolla actividades de autoaprendizaje y/o de estudio independiente en forma individual y/o en grupo de pares y/o con otros miembros del equipo de salud.
	Principios Ético-legales	21.Busca ante todo mantener la salud del paciente.
		22.Brinda la máxima ayuda a sus pacientes anteponiendo los intereses de los mismos al suyo propio respetando las diversidades culturales y sus creencias.



Ministerio de Educación, Ciencia
y Tecnología

"2007-Año de la Seguridad Vial"



1314

RESOLUCION Nº

		23. Respeta los derechos y la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de la consulta médica.
		24. Respeta las normas bioéticas al indicar estudios y/o tratamientos, acudiendo al Comité correspondiente en situaciones dilemáticas.
		25. Respeta las normas bioéticas al proponer la inclusión de pacientes en estudios clínicos.
		26. Realiza la denuncia de enfermedades de notificación obligatoria.
		27. Respeta las normas legales que regulan la práctica profesional.
	Comunica- ción	28. Brinda apoyo y/o contención al paciente y/o a su familia al transmitir todo tipo de información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
		29. Brinda al paciente y/o la familia la información suficiente y adecuada para obtener el consentimiento para realizar procedimientos y/o tratamientos
		30. Establece una comunicación escrita efectiva a través de la historia clínica y otros registros.
	Trabajo en equipo	31. Conoce y valora las habilidades y competencias de las otras profesiones sanitarias y actúa en el equipo multiprofesional.



Ministerio de Educación, Ciencia
y Tecnología

"2007-Año de la Seguridad Vial"



1314

RESOLUCION Nº

Profesio- nalismo	Trabajo en equipo	32. Solicita oportunamente las interconsultas con otros profesionales del campo de la salud para llegar a través de una tarea interdisciplinaria al diagnóstico y tratamiento adecuado.
		33. Asume una actitud positiva hacia la docencia colaborando en la enseñanza de grado y postgrado.
Salud poblacio- nal y sistemas sanitarios	Estructura y función de los servicios de salud	34. Identifica en la comunidad los grupos en riesgo de enfermar o morir por conductas, estilos de vida, condiciones de trabajo, estado nutricional y características de la vivienda y el ambiente.
		35. Identifica los problemas de salud en una comunidad determinada y participa en la elaboración, implementación y evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de las patologías prevalentes, emergentes y reemergentes.
		36. Promueve la mejora de los estilos de vida de la población en el marco de la Atención Primaria de la Salud.
		37. Planifica acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para los grupos de riesgo identificados en una comunidad determinada.
		38. Utiliza los principios básicos de la administración de servicios de salud y gestión de programas y los conocimientos de la organización del sector en sus prácticas individuales y/o comunitarias.



Ministerio de Educación, Ciencia
y Tecnología

"2007-Año de la Seguridad Vial"



RESOLUCIÓN Nº **1314**

		39. Cumple con las normas vigentes y con las actividades especificadas en los programas de salud en curso.
		40. Actúa en forma interdisciplinaria e intersectorial.

BIBLIOGRAFÍA

- BORSOTTI, CARLOS A. (2007), *Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas*. Buenos Aires, Miño y Dávila,
- DAVINI, MARIA CRISTINA (2008), *Métodos de enseñanza.: didáctica general para maestros y profesores*. Buenos Aires, 1ª ed., Santillana.
- DAVINI MARIA CRISTINA (1995), *Educación permanente en salud, para ejecutores de Programas de Salud N° 38 OPS* Buenos Aires Serie PALTEX.
- FOLLARI ROBERTO (2000), *Epistemología y sociedad acerca del debate contemporáneo*. Rosario Homo Sapiens.
- PERRET CLEMONT A. N. (1992), *La construcción de la inteligencia en la interacción social, Estructuras Pedagógicas N° 7*. Buenos Aires Miño y Davila.
- RODRIGUEZ RODRIGO, A. y MARRERO J. (1993), *Las teorías implícitas: una aproximación al conocimiento cotidiano*. Madrid, Aprendizaje / Visor.
- RUIZ OLABUEÑA JOSE, PAULO FREIRE (1975), *Concientización y Andragogía*. Buenos Aires. Paidós: Estructura Pedagógicas N° 8.
- RUTH SAUTU (2003), *Todo es teoría: Objetivos y métodos de la investigación*. Buenos Aires Ediciones Lumiere.
- VASILACHIS de GIALDINO IRENE (2006), *Métodos cualitativos I; los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires Centro Editor de América Latina.
- MILLER G. (1990) *The assessment of clinical skills, competence, performance*. USA Academic Medicine, 65:563-7

- PALES J. (2001) *La educación médica basada en las competencias finales del estudiante*. Barcelona Educación Médica; 4(1):1-2.
- HARDEN R.M., GLEESON F.A. (1979), *Assessment of Clinical Competence Using an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) USA*. Medical Education, 13: 41-54
- FENSTRMACHER G., JONAS F. SOLTIS J., (2007), *Enfoques de la enseñanza*. Buenos Aires, 1ª edición, 1ª reimpresión, Amorrortu.
- RODRIGUEZ GOMEZ G., FLORES J., JIMENEZ GARCIA E., (1996), *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga Ediciones Aljibe, S.L.